



**Freie und  
Hansestadt Hamburg**

**INFORMATIONEN  
STANDPUNKTE  
EMPFEHLUNGEN**

**JUGENDHILFE**

**Amt für Jugend, Hamburg**  
Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung

**10**

**»GRENZFÄLLE«  
ZWISCHEN HEIMEN  
UND PSYCHIATRIE**

# **»Grenzfälle« zwischen Heimen und Psychiatrie**

**Zur gegenseitigen Inanspruchnahme von  
Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hamburg**

Abschlußbericht zu einer Untersuchung  
des Instituts für soziale Arbeit e.V.

Verfasser: Reinhold Schone

Beratung: Ullrich Gintzel

**Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung  
– Amt für Jugend –**

## INHALT

### Vorwort

<b>Vorbemerkung</b>	<b>6</b>
<b>1. Einleitung - Zur aktuellen Diskussion</b>	<b>9</b>
<b>2. Die gegenseitige Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - oder was sind Grenzfälle?</b>	<b>13</b>
<b>3. Forschungsfragen und methodisches Vorgehen</b>	<b>24</b>
<b>4. Quantitativer Stellenwert institutioneller Interventions- und Betreuungsformen in Hamburg</b>	<b>31</b>
4.1 Quantitative Entwicklungslinien stationärer Unterbringungsformen in Hamburg	31
4.2 Stichtagserhebung in den jugendpsychiatrischen Kliniken	37
4.3 Heimplatzvermittlung und jugendpsychiatrische Vorerfahrung	41
<b>5. Grenzfälle aus der Sicht der beteiligten Institutionen und Fachkräfte von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie</b>	<b>35</b>
5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken (Wilhelmstift, UK Eppendorf)	35
5.2 Heime und Wohngruppen	63
5.3 Weitere Perspektiven	75
5.4 Zusammenfassung - Konkordanzen und Diskrepanzen	81
<b>6. Zwei Fallbeispiele - oder: Wie erleben betroffene Jugendliche die Grenzerfahrung von Institutionen?</b>	<b>85</b>
6.1 Stefanie	85
6.2 Peter	100
<b>7. Zusammenfassende Einschätzung der Situation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hamburg</b>	<b>114</b>
<b>8. Empfehlungen und Perspektiven</b>	<b>119</b>
<b>Literatur</b>	<b>125</b>
<b>Anlagen:</b>	
<b>Beschluß der Konferenz der Jugendminister und -senatoren vom 20./21.6.1991</b>	<b>128</b>
<b>Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz</b>	<b>129</b>

## VORWORT

Mit dieser Broschüre stellt das Amt für Jugend eine Untersuchung der Fachöffentlichkeit vor, die sich dem Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie widmet, einem Themenkreis, der in den letzten Jahren in Hamburg und bundesweit vielfach Gegenstand fachlicher Diskussionen gewesen ist. Ein beim Amt für Jugend angesiedelter Arbeitskreis unter Beteiligung der verschiedenen Träger und Praxisbereiche hat sich seit 1986/1987 der "Grenzfälle"-Problematik intensiv zugewandt; die Anregungen aus diesem Diskussionszusammenhang führten zur Vergabe der jetzt vorliegenden Untersuchung.

In den Eingangskapiteln werden die fachlichen und fachpolitischen Dimensionen dieser Debatte skizziert, so daß an dieser Stelle einführende Bemerkungen insoweit entbehrlich sind. Hervorgehoben sei, daß der Terminus "Grenzfall" nicht als subjektives Merkmal von jungen Menschen begriffen werden darf, sondern ein Problemfeld umschreibt, das sich aus sachlichen Zuständigkeits- und Abgrenzungserklärungen von Institutionen und Disziplinen ergibt. Es erscheint daher wichtig, den Blick auf eben dieses Zusammenwirken der unterschiedlichen Fachbereiche zu lenken, damit Kinder und Jugendliche nicht Objekt von Ausgrenzungs- und Abschiebungsprozessen werden.

Eine spezifisch hamburgische Dimension liegt in diesem Thema deswegen, weil die 80er Jahre durch einen tiefgreifenden Strukturwandel im Bereich der stationären Erziehungshilfen - Heimreform - geprägt sind; der Verzicht auf Einschluß im Rahmen der Heimunterbringung erfordert auch im Hinblick auf mögliche Auswirkungen dieses Reformelements den gezielten Blick auf angrenzende Hilfesysteme wie auf die Entwicklungen im Jugendstrafrecht (insbesondere der Untersuchungshaft - wobei in diesem Zusammenhang auch die in Hamburg intensiv geführte Diversionsdebatte zu beachten ist). Als ein bedeutsames Ergebnis der Untersuchung ist daher hervorzuheben, daß die befragten Fachkräfte der unterschiedlichen Arbeitsbereiche diesen Reformpunkt ausdrücklich mittragen und es nicht zu vermehrten oder verschärften jugendpsychiatrischen Krankheitszuschreibungen oder Zugriffen der Jugendgerichtsbarkeit gekommen ist.

Klarheit zu diesem Punkt öffnet den Blick besser zu den Ergebnissen, Empfehlungen und Perspektiven, die in den Kapiteln 7 und 8 zusammengefaßt sind. Hier ergeben sich sowohl wichtige Bestätigungen der fachlichen Orientierungen im Bereich von Jugendhilfe und Psychiatrie in Hamburg wie auch Fragestellungen und Problempunkte, die der fachübergreifenden Diskussion bedürfen und die Handlungsnotwendigkeiten signalisieren.

- \* So wird es notwendig sein, die Kooperation der beteiligten Behörden (Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung und Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales), der Bezirke, der Kliniken und der beteiligten Träger der Jugendhilfe über die bereits praktizierten Ebenen der Kommunikation hinaus abzusichern. Hier gibt es sowohl einen engen Zusammenhang mit dem Thema "Arbeitsgemeinschaften" im Sinne von § 78 KJHG als auch mit der Anregung, für die jugendpsychiatrischen Kliniken eine gemeinsame "Besuchskommission" zu bilden, deren Aufgabenstellung der der Aufsichtskommission gem. § 40 PsychKG angelehnt sein könnte.
- \* So werden die Aufgaben des KJHG, die insbesondere in den §§ 36, 37 die Kooperation der Fachkräfte beinhalten und die in der Fachlichen Weisung "Hilfen zur Erziehung" für Hamburg konkretisiert sind, auch für das "Zusammenwirken der Fachkräfte" in diesem Arbeitsfeld von

besonderer Wichtigkeit sein.

- \* Die Hinweise auf tagesklinische Plätze im Rahmen der Jugendpsychiatrie und "Krisenbetten" oder "Krisenstellen" erfordern eine weitere Diskussion über die Notwendigkeit ergänzender Angebotssegmente in diesem Aufgabenfeld.
- \* Beschriebene Informationsdefizite im Bereich der Jugendpsychiatrie über rechtliche Grundlagen, Handlungsmaximen und Modalitäten der Kostenübernahme bei Leistungen der Jugendhilfe werden zu schließen sein. Hierzu gehört auch - vergleiche die umfänglichen Anlagen zur bereits erwähnten Fachlichen Weisung "Hilfen zur Erziehung" - die Information über das breite Angebotspektrum im Felde der stationären Erziehungshilfen.

In diesem Zusammenhang wird auch dem in der Untersuchung festgestellten Ungleichgewicht zwischen dem Landesbetrieb Erziehungs- und Berufsbildungseinrichtungen und Freien Trägern bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychiatrieerfahrungen nachzugehen sein, zumal es ausdrückliches Anliegen des Landesbetriebes ist, die Kooperation zu intensivieren.

- \* Die Problematik der Betreuung von Heranwachsenden im Rahmen der Jugendpsychiatrie, der beschriebene Bruch in der Kommunikation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie mit dem Beginn der Volljährigkeit wird als wichtiges Element in die Abstimmungen einfließen müssen, die infolge der KJHG-Regelungen zu Hilfen für junge Volljährige (§ 41) zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe (vgl. insoweit § 72 BSHG) erforderlich sind.
- \* Die Hinweise auf eine möglicherweise hervorgehobene Problematik bei adoptierten Kindern und Jugendlichen in diesem Aufgabenfeld werden in der weiteren Fachdiskussion aufzunehmen sein, auch um zu klären, ob hier besonderer Forschungsbedarf gegeben sein könnte.
- \* Im Rahmen eines Forschungsprojekts zu Jugendwohnungen im LEB wird parallel zu der vorliegenden Untersuchung bereits der Fragestellung nachgegangen, wie die in den letzten Jahren verstärkt entwickelten Betreuungskonzeptionen mit und ohne sogenannte "Rund-um-die-Uhr-Betreuung" bewertet werden. Die Ergebnisse jener Untersuchung werden daher mit denen zu dieser zusammenzuführen sein.

Die vorstehend skizzierten Punkte sollen nicht die Diskussion präjudizieren, die auf der Grundlage dieser Untersuchung im Rahmen der Jugendhilfe und gemeinsam mit den betroffenen Institutionen, Behörden, Trägern und Disziplinen zum Teil weitergeführt und zum Teil aufgenommen werden müssen. Von zentraler Bedeutung sind jetzt interdisziplinär angelegte Kommunikationsprozesse, die zunächst auf fachliche Verständigung darüber angelegt sind, welche Möglichkeiten der Verbesserung in den beschriebenen Problemsituationen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen bestehen. Darin liegen wichtige Vorbereitungen für Entscheidungen, die - in welchem Ressort auch immer - für die Weiterentwicklung der Hilfen in diesem Aufgabenfeld zukünftig zu treffen sein werden.

Die jüngsten Entscheidungen der Gesundheitsministerkonferenz und der Jugendministerkonferenz, die in der Anlage dieser Broschüre dokumentiert sind, verbessern die Chancen für ein gemeinsames Vorgehen in diesem sensiblen und fachlich anspruchsvollen Aufgabenbereich.

Das Amt für Jugend wird noch im Herbst dieses Jahres im Rahmen einer Fachtagung ein Forum für diese Diskussion anbieten. Ansprechpartner im Amt für Jugend sind Fr. Dr. Charlotte Köttgen und Herr Dieter Kretzer vom Referat "Jugendpsychiatrischer und Jugendpsychologischer Dienst, Grundsatzzfragen Erziehungsberatung, Beratungsstellen" - J 313 -.

Hans Altendorf  
im Juli 1991

## VORBEMERKUNG

Das Praxisforschungsprojekt »Grenzfälle zwischen Heimen und Jugendpsychiatrie«, welches das Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA) in der Zeit vom 1.11.1989 bis 31.10.1990 im Auftrag der Stadt Hamburg, Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung - Amt für Jugend - durchführte, und dessen Abschlußbericht hiermit vorliegt, knüpft an eine Untersuchung an, die das ISA von 1987 bis 1989 zum Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Nordrhein-Westfalen durchgeführt hat (Gintzel/Schöne 1989).

Ausgangspunkt der Überlegungen, eine Hamburger Studie über die Situation von Kindern und Jugendlichen im Grenzbereich von Heimerziehung und stationärer Jugendpsychiatrie anzufertigen, war die Arbeit eines Arbeitskreises im Amt für Jugend, der sich 1986/87 mit der Situation jener Jugendlichen befaßt hat, »die zwischen Heimen und Psychiatrie hin und hergeschoben wurden.«

Im Ausschreibungstext für die Untersuchung heißt es:

»Der Arbeitskreis ... konnte auf wenig vorhandenes Untersuchungsmaterial zurückgreifen. Die wenigen, meist unveröffentlichten Untersuchungen lagen teilweise jahrelang zurück. Da mit psychiatrischen Diagnosen häufig jahrelange Hospitalisierungsschicksale verbunden sind, die eine Reintegration in die Gesellschaft erschweren, bedarf es der Schließung vorhandener Forschungslücken. Ein Beitrag dazu ist das ausgeschriebene Forschungsprojekt, in dem der Grenzbereich von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben und untersucht werden soll.«

Gerade in jüngster Zeit hat die Situation von Kindern und Jugendlichen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - oder pointierter ausgedrückt, im Grenzbereich von Pädagogik und Medizin - durch eine Reihe von Fachpublikationen, Materialsammlungen und Fachtagungen sowie einzelner empirischer Untersuchungen eine hohe Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit beider Disziplinen gefunden. Im wesentlichen geht es bei dieser Diskussion um Fragen der Zuständigkeit und Abgrenzung beider Disziplinen im Falle besonders herausragender Krisenlagen von Kindern und Jugendlichen und damit um Fragen des besseren (oder gar »richtigen«) Erkennens und Verstehens von Problemlagen und des besseren (oder gar »richtigen«) Handelns und Intervenierens.

Der hier vorgelegte Bericht gliedert sich im wesentlichen in vier Abschnitte. In den Kapiteln 1 bis 3 soll der aktuelle Diskussionsstand dargestellt, die Fragestellung der hier vorgelegten Studie herausgearbeitet und das methodische Vorgehen kurz skizziert wurden. In den Kapiteln 4 und 5 geht es um die Vorstellung der im Rahmen der verschiedenen Erhebungsschritte gewonnenen Daten und Ergebnisse. Im 6. Kapitel werden zwei Fallgeschichten vorgestellt. Abschließend werden in den Kapiteln 7 und 8 die Situation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zusammenfassend eingeschätzt und Perspektiven für die weitere Arbeit entwickelt.

Mein Dank gilt allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der jugendpsychiatrischen Kliniken, der Heime und Wohngruppen sowie des Amtes für Jugend und des Bezirksamtes Eimsbüttel, die sich für Gespräche und Interviews zur Verfügung gestellt haben.

Besonders bedanken möchte ich mich bei Peter und Stefanie, die mir über ihre Erfahrungen in Einrichtungen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie berichteten und die ihre Zustimmung gaben, diese Erfahrungen im Rahmen von Fallgeschichten in dieser Studie darzustellen.

Münster, im November 1990

Reinhold Schone

»Der Hirbel ist der schlimmste von allen, sagten die Kinder im Heim. Das war nicht wahr. Doch die Kinder verstanden den Hirbel nicht. ... Der Hirbel hatte eine Krankheit, die niemand richtig verstand. Als er geboren wurde, mußte der Arzt ihn mit einer Zange aus dem Leib der Mutter holen und er hatte ihn dabei verletzt. Von da an hatte er Kopfschmerzen, und die Großen behaupteten, er sei nicht bei Vernunft. Seine Mutter wollte ihn nicht haben. Seinen Vater hatte er nie gesehen. ...

Niemand ... wußte, was der Hirbel dachte und wer er eigentlich war. Im Grunde war er ein Fremdling. Er war Krank, er konnte sich nicht ordentlich ausdrücken, er tat eine Menge Sachen, die alle durcheinanderbrachten oder aufregten. Der Doktor hatte Begriffe für Hirbels Krankheit, aber die waren keine Hilfe, denn sie konnten einem nicht erklären, was in ihm steckte.«

(Peter Härtling, Das war der Hirbel)



## 1 EINLEITUNG - ZUR AKTUELLEN DISKUSSION

Der Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ist in den letzten Jahren zu einem zentralen Thema vieler Auseinandersetzungen innerhalb der und zwischen den Disziplinen geworden. Die Diskussionen vieler Expertentagungen und Arbeitsgruppen verdichten sich gerade in neuerer Zeit durch eine Reihe von Veröffentlichungen zu diesem Thema (vgl. u.a. Institut für soziale Arbeit e.V. 1988, 1989; Köttgen/Kretzer/Richter 1990; Gintzel/Schone 1989, 1990; Sozialmagazin, Heft 4/1990).

Zentraler Angelpunkt aller Diskussionen ist immer wieder die Frage nach der Zuständigkeit der beiden Fachdisziplinen für die Bearbeitung besonders ausgeprägter Lebenskrisen von Kindern und Jugendlichen. Die Klärung der Zuständigkeit ist zwangsläufig verbunden mit dem Problem der Abgrenzung zur jeweils anderen Disziplin bzw. mit der Notwendigkeit zur Kooperation in den sogenannten »Grenzfällen«, wo sich eine alleinige Zuständigkeit von Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie nicht begründen läßt.

Aber gerade für diese Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Frage nach der Grenzziehung der Systeme von existentieller Bedeutung, zumal Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken nicht selten mit dem (dauerhaften) Verlust bestehender sozialer Bezüge einhergehen (vgl. Gintzel/Schone 1989). Diese Dynamik gewinnt ihr besonderes Gewicht gerade vor dem Hintergrund des Wissens, daß Notlagen vorwiegend dort entstehen, wo Kinder und Jugendliche unter mangelhaften ökonomischen, sozialen und emotionalen Lebensbedingungen leben und aufwachsen müssen.

Bei herausragenden Lebenskrisen wird von gesellschaftlichen Institutionen (Kindergärten, Schulen, Jugendamt, Polizei, Gericht) oder Fachkräften (Ärzte/ Ärztinnen, PädagogInnen, PsychologInnen) ein Hilfebedarf festgestellt, der - je nach Fachlichkeit - das Verhalten der Kinder und Jugendlichen eher als erziehungsbedürftig oder behandlungsbedürftig (im Sinne einer psychiatrischen Krankenbehandlung) definiert.

Je nach Nähe der Betroffenen (oder besser noch der sie beratenden Fachkräfte) zu den Systemen von Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie wird die für nötig befundene Hilfe in unterschiedlicher Weise, in unterschiedlichen Institutionen und auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen geleistet. Je nach Definition ergibt sich eine Zuständigkeit der Jugendhilfe gemäß Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) oder der Jugendpsychiatrie gemäß Reichsversicherungsordnung (RVO).

Bei besonders ausgeprägten Problemen und Lebenskrisen läßt sich die Zuständigkeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie nicht alternativ feststellen. Bei diesen jungen Menschen geht es eher um eine Addition unterschiedlicher Hilfs- und Unterstützungsleistungen, als um deren gegenseitigen Ausschluß. Umstritten ist in der derzeit geführten Diskussion um das Verhältnis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie im allgemeinen und um die Rolle der Jugendpsychiatrie im Gesamtfeld psychosozialer Hilfen im besonderen denn auch weniger, daß es eine Gruppe von jungen Menschen gibt, die Hilfen von beiden Disziplinen benötigen. Vielmehr geht der Streit um die Definition der Notlagen junger Menschen (erziehungsbedürftig oder krank?), um die Zugänge der Betroffenen zu den Hilfesystemen, um Zuweisungen von einem System in das andere, um die Anwendung

»richtiger« (Be)-Handlungskonzepte für Problemlösungen sowie um die mit der Inanspruchnahme der Systeme verbundenen Stigmatisierungseffekte.

Auffallend in der gesamten Diskussion ist, daß ein Diskussions- und Klärungsbedarf bezüglich der hier aufgeworfenen Fragen in erster Linie von seiten der Jugendhilfe angemeldet worden ist und wird. Das große Interesse von Fachkräften der Jugendhilfe - insbesondere der Heimerziehung - wird an der Vielzahl der Tagungen seit 1987 zum Thema des Verhältnisses von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie deutlich, die fast alle aus dem Kontext von Jugendhilfe entstanden sind (Landesjugendämter, Internationale Gesellschaft für Heimerziehung (IGfH), Evangelischer Erziehungsverband (EREV)). Ähnliche, interdisziplinäre Veranstaltungen aus dem Kontext der Jugendpsychiatrie, die die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe explizit thematisieren, gibt es kaum.

Das Institut für soziale Arbeit e.V. unternahm es im Februar 1989 und im September 1990, im Rahmen zweier interdisziplinärer Fachtagungen, die Diskussionen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zusammenzuführen (zur Dokumentation der Tagungen vgl. Gintzel/Schone 1990, Institut für soziale Arbeit e.V. 1990).

Zentrale Themen, um die sich die o.g. Tagungen rankten, waren

- ▶ Fragen der Diagnostik, des Verstehens und Klärens von Problemen und Krisenlagen betroffener Kinder und Jugendlicher,
- ▶ Fragen der Zuständigkeit und Abgrenzung der Disziplinen bei der Realisierung von Hilfen für Kinder und Jugendliche in Lebenskrisen,
- ▶ Fragen der Entwicklung und Bereitstellung ambulanter jugendpsychiatrischer Dienste,
- ▶ Fragen der »geschlossenen Unterbringung« von Kindern und Jugendlichen in besonders eskalierten Lebenskrisen,
- ▶ Diskussionen von Hilfeansätzen und pädagogischen bzw. therapeutischen Konzepten für sogenannte dissoziale Jugendliche,
- ▶ Wirkungen von Lebensfeldwechseln bei Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken.

Deutlich wurde vor allem in den Diskussionsteilen, die die geschlossene Unterbringung betrafen, daß die Gruppe der zu betreuenden »Grenzfälle« Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gleichermaßen beschäftigt und daß die bisherigen Hilfs- und Unterstützungsangebote für Jugendliche in besonders eskalierten Lebenssituationen nicht ausreichend entwickelt sind.

Der Wunsch des Hamburger Amtes für Jugend, eine Studie zur Situation der »Grenzfälle« zwischen Heimerziehung und Jugendpsychiatrie durchzuführen, wurde vom ISA u.a. deshalb so gerne aufgenommen, weil gerade in Hamburg die Diskussion zum Verhältnis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zumindest von seiten der Jugendhilfe besonders intensiv geführt wird (vgl. z.B. die Beiträge in: Köttgen/Kretzer/Richter 1990).

Dabei vollzieht sich die Diskussion zum Verhältnis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hamburg vor dem Hintergrund der vor 10 Jahren aufgehobenen geschlossenen Unterbringung in der Heimerziehung und - in den folgenden Jahren - einer konsequent durchgeführten Dezentralisierung und Entspezialisierung der Heimerziehung (vgl. Peters 1988, Peters 1990, Rössler/Tüllmann 1988) auf der einen Seite und einer stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der anderen Seite, die gemessen an der Wohnbevölkerung (im Vergleich z.B. zu Nordrhein-Westfalen) traditionell über wenig Plätze verfügt, wohingegen es jedoch ein gut ausgebautes Netz ambulanter jugendpsychiatrischer Dienste gibt.

In den Jahren 1986/87 bildete sich ein Arbeitskreis »Psychiatrie - Heime«, der sich mit dem Phänomen der »Grenzfälle« zwischen Heimerziehung und Jugendpsychiatrie

auseinandersetzte. »Die Arbeit des Arbeitskreises stand unter dem Vorzeichen, daß eine einhellige positiv bewertete Grundsatzentscheidung für die Heimreform in Hamburg zwar getroffen, ihre Folgeprobleme jedoch, die die inhaltliche Arbeit und damit auch die Belastbarkeit und Kompetenz der Mitarbeiter betrafen, noch nicht hinreichend aufgearbeitet waren« (Köttgen/Kretzer 1989, S. 92).

Häufig ertöne daher der Ruf nach jugendpsychiatrischer Unterbringung aus den Reihen der Jugendhilfe (Heimerziehung) dort, wo MitarbeiterInnen angesichts kumulierter Probleme von Kindern und Jugendlichen überfordert und überbelastet seien und wo »überhöhte Kompetenzerwartungen an psychologisch-psychiatrische Fachleute« bestehen. Für den betroffenen Jugendlichen bedeute der Ruf nach Spezialeinrichtungen (Jugendpsychiatrie) Ausgrenzung. Köttgen/Kretzer stellen hierzu fest:

»Minderjährige sind grundsätzlich nicht auf Dauer 'Psychiatriefälle'. Sie können Symptome mit Krankheitswert entwickeln. Für die Dauer einer akuten Krisen- und Krankheitssituation ist eine stationäre klinische Behandlung nötigenfalls angezeigt. Auch medikamentöse Versorgung kann erforderlich werden. Jede klinische stationäre (Dauer-)Unterbringung ist jedoch über den Zeitraum einer (akuten) Kranken- und Krisensituation hinaus nicht indiziert. Grundsätzlich hat jeder Jugendliche Anspruch auf Jugendhilfe ...« (Köttgen/Kretzer 1990, S. 102).

Die hier anklingende Diskussion um den Stellenwert der Jugendpsychiatrie und besonders der stationären Jugendpsychiatrie wird gerade in neuester Zeit zusätzlich genährt durch bundesweite Impulse wie z.B.

► das Erscheinen der »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich« der im Teil D.1 »Psychisch kranke Kinder und Jugendliche« u.a. zu folgenden Ergebnissen kommt (vgl. BMJFFG 1988, Zusammenfassung S. 34-38):

- 15% bis 18% (etwa 2 Millionen) Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik seien psychisch und sozial über das Maß üblicher Entwicklungskrisen hinausgehend auffällig,
- 5% (etwa 750.000) aller Kinder und Jugendlichen seien »eindeutig psychiatrisch behandlungsbedürftig«,

und der auf der Grundlage dieser Zahlen u.a. fordert:

- 50 bis 80 jugendpsychiatrische Klinikplätze pro 500.000 bis 750.000 Einwohner (≈ pro 100.000 bis 150.000 Minderjährigen) vorzuhalten,
- in Regionen mit ca. 250.000 Einwohnern (≈ 50.000 Minderjährigen) einen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater anzusiedeln;

► die bundesweit diskutierten, entschieden kontroversen Positionen zu den Empfehlungen der Expertenkommission z.B. von der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 1989) oder der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP-Rundbrief 43, 1988), die darauf hinweisen,

- daß die o.g. Größenordnung der als jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftig klassifizierten Kinder und Jugendlichen absolut überzogen sei und
- daß der im Expertenbericht implizit geforderte Vorrang der Kinder- und Jugendpsychiatrie im psychosozialen Versorgungssystem entschieden abzulehnen sei, da eine Bevorzugung medizinisch-psychiatrischer Versorgung zu Lasten pädagogisch-therapeutischer Hilfeansätze den Problemen von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft nicht gerecht werden, sondern eher einer Psychiatrisierung sozialer Probleme (d.h. Betrachtung der Auswirkungen sozialer Probleme unter der Perspektive individueller Krankheit des jungen Menschen) Vorschub leisten würden;

- ▶ die Verabschiedung des neuen Kinder- und Jugendhilfegesetzes, das in § 10 regelt, daß für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ein Vorrang der öffentlichen Jugendhilfe vor der Sozialhilfe besteht. Damit wird die problematische, jeweils im Einzelfall durch jugendpsychiatrischen Befund zu ziehende Schnittlinie zwischen verhaltensauffälligen und in der seelischen Entwicklung gefährdeten jungen Menschen (bisher Zuständigkeit bei der Jugendhilfe) und seelisch wesentlich behinderten jungen Menschen (bisher Zuständigkeit der Sozialhilfe) zugunsten einer eindeutigen Zuständigkeit der Jugendhilfe beseitigt (vgl. § 10 Abs. 2 und Begründung, in: Deutscher Bundestag 1989, S. 53);
- ▶ die Einsetzung einer Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz und der Jugendministerkonferenz mit dem Auftrag der Erarbeitung eines gemeinsamen Positionspapiers zum Verhältnis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Die Federführung dieser Arbeitsgruppe liegt beim Amt für Jugend der Stadt Hamburg. Dieses Papier hebt vor allem ab auf
  - Integration jugendpsychiatrischer Kompetenz in ambulante Dienste der Jugendhilfe,
  - Abbau jugendpsychiatrischer Bettenkapazität zugunsten des ambulanten Bereichs,
  - Aufbau multiprofessioneller Teams und interdisziplinärer Fort- und Weiterbildung,
  - Bildung psychosozialer Arbeitsgemeinschaften auf allen Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden),
  - perspektivische Weiterentwicklung des gegenwärtigen Finanzierungssystems unterschiedlicher Hilfen,
  - Förderung interdisziplinärer Forschung,
- ▶ die Stellungnahme der Bundesregierung zum 8. Jugendbericht, die angesichts des o.g. Positionspapiers formuliert:
 

»Eine solche Kooperation [zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie] setzt voraus, daß beide Bereiche die Bedürfnisse des Kindes und des Jugendlichen, nicht aber fach- oder berufspolitische Interessen in den Vordergrund stellen. Die Bundesregierung erwartet eine nachhaltige Verbesserung der Zusammenarbeit durch die Ergebnisse einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Vertretern der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie, die sowohl von der Gesundheitsministerkonferenz als auch von der Jugendministerkonferenz in diesem Jahr einstimmig beschlossen worden ist« (BMJFFG 1990, S. VIII).

## 2 DIE GEGENSEITIGE INANSPRUCHNAHME VON JUGENDHILFE UND JUGENDPSYCHIATRIE - ODER WAS SIND GRENZFÄLLE?

Die in der Einleitung erwähnte Untersuchung des ISA zum Thema »Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie« beschäftigt sich mit solchen Kindern und Jugendlichen, deren ausgeprägte Lebenskrisen zu einer wechselseitigen Zuständigkeit bzw. zu einem wechselseitigen Tätigwerden von Instanzen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie geführt haben (Gintzel/Schone 1989).

Begonnen wurde dieses Praxisforschungsprojekt vor dem Hintergrund der Feststellung, daß bei einem erheblichen Teil von Kindern und Jugendlichen, die Erziehungshilfe in Anspruch nehmen, die institutionellen Möglichkeiten und die Kompetenzen der dort tätigen Fachkräfte nicht ausreichen, um ihnen bei der Bewältigung schwerer Lebenskrisen wirkungsvoll zu helfen. In der Praxis ließ sich immer wieder beobachten, daß sich Jugendhilfekräfte bei einem Teil dieser jungen Menschen in schwierigen Situationen der Unterstützung von JugendpsychiaterInnen und jugendpsychiatrischen Kliniken bedienen.

Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch eine beachtliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die direkt aus dem Elternhaus - häufig initiiert von Kinderärzten, LehrerInnen, ambulant arbeitenden Fachkräften der Jugendhilfe - in jugendpsychiatrische Kliniken gelangen. Wenn die dort stattfindende diagnostische Klärung und Behandlung des jungen Menschen bzw. seiner Familie ergibt, daß eine Rückkehr in die Familie nicht möglich oder angezeigt ist, sind die Fachkräfte der Jugendpsychiatrie gezwungen, in Zusammenarbeit mit den zuständigen Jugendämtern auf Angebote und Einrichtungen der Jugendhilfe zurückzugreifen, die dem jungen Menschen einen mittel- oder langfristigen alternativen Lebensort zu seiner Familie bieten.

Heimerziehung wird also dann in Anspruch genommen, wenn andere Formen erzieherischer Hilfen - insbesondere im familiären Kontext - für die Bewältigung der Lebenskrise und für die Sicherung der Lebenschancen des Jugendlichen als nicht ausreichend angesehen werden. Heimerziehung hat dabei entweder die Aufgabe, durch pädagogische Betreuung der Jugendlichen und durch begleitende Arbeit und Unterstützung ihrer Familien (z.B. auch durch das Jugendamt) die Lebensmöglichkeiten der Jugendlichen so weit zu fördern und zu stabilisieren, daß sie nach einer begrenzten Zeit der außerfamiliären Unterbringung in ihre Familien zurückkehren können. Dort, wo dies eine unrealistische Perspektive ist, oder wo sich im Verlauf der Zeit herausstellt, daß die Rückkehrperspektive des Jugendlichen nicht verwirklicht werden kann, ist es die Aufgabe der Heimerziehung dem betroffenen Jugendlichen einen längerfristigen Lebensort zu gewähren und im Endeffekt den Übergang des jungen Menschen in die Selbständigkeit zu planen, vorzubereiten und zu begleiten.

In Abgrenzung zur Heimerziehung erfolgt die Unterbringung in einer jugendpsychiatrischen Klinik dann, wenn von Eltern, Minderjährigen, Ärzten oder Fachkräften der Jugendhilfe mit der Inanspruchnahme jugendpsychiatrischer, medizinischer, psychotherapeutischer oder diagnostischer Kompetenz besondere Hoffnungen für die Bewältigung spezifischer Lebenskrisen verbunden werden. Bei der auch in Kliniken notwendig

werdenden späteren Entscheidung über die Lebensperspektive des dort betreuten Minderjährigen geht es entweder um die Frage, wie die Rückführung des Kindes oder Jugendlichen nach abgeschlossener Diagnostik und Behandlung zu sichern ist und welche weiteren Unterstützungsangebote notwendig sind, um diesen Prozeß zu begleiten. Wo jedoch eine Rückkehr des Minderjährigen in seinen familiären Lebensrahmen nicht möglich scheint, ist es Aufgabe der Klinik, die Sicherung der weiteren Unterstützung an einem alternativen Lebensort herbeizuführen.

Wird in einem Einzelfall von der Notwendigkeit der gemeinsamen Beteiligung von Heim und Klinik bei der Krisenbewältigung und Lebenssicherung eines Minderjährigen ausgegangen, so muß ein permanenter Verständigungsprozeß zwischen den Disziplinen gefordert werden. Diesem Verständigungsprozeß kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, da es sich bei Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie um zwei sehr unterschiedliche, komplexe Systeme mit je eigener Geschichte, Organisationsform, Methodik sowie eigenen Denk- und Handlungsstrukturen handelt. Zusammenarbeit von Heimen und Kliniken wird daher nicht nur durch die Besonderheiten des Einzelfalles bestimmt, sondern wird gleichzeitig durch eine Reihe grundsätzlicher, in der Unterschiedlichkeit der Systeme und Disziplinen angelegter Konflikte erschwert. Die Kooperation und Verständigung im Einzelfall ist daher ständig von den unterschiedlichen Denkmustern und Handlungsrationitäten der Fachkräfte beider Disziplinen durchwoben und wird nicht selten sogar von diesen überlagert.

Im einzelnen lassen sich die Hauptkonfliktlinien, die die Diskussion zwischen den beiden Disziplinen beeinflussen, folgendermaßen skizzieren (ausführlicher vgl. Gintzel 1989, S. 13ff):

- Das Verhalten von Kindern und Jugendlichen wird je nach Blickwinkel der Systeme (Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie) als *erziehungsbedürftig* oder *krank*<sup>1</sup> definiert. Diese definitorische Bestimmung entscheidet über die Zuständigkeit des jeweiligen Systems, über die Anwendung von Rechtsgrundlagen (Jugendwohlfahrtsgesetz -

---

<sup>1</sup> »Unter psychisch Kranken sind solche Menschen zu verstehen, die wegen einer körperlichen, meist zentralnervösen Störung psychische Normabweichungen aufweisen, unter denen sie selbst leiden, oder unter denen in erheblichem Ausmaß ihre Umgebung leidet. Psychisch krank sind auch Menschen, bei denen eine nicht organisch bedingte psychische Normabweichung zu einer Störung körperlicher Funktionen führt oder zu einem Zustand, der den ungestörten Ablauf einzelner Körperfunktionen oder das Leben als Ganzes ernsthaft gefährdet. ...

Während im ersten Satz diejenigen psychischen Störungen erfaßt werden, deren Ursachen im organischen Geschehen liegen, ist die Ursache der im zweiten Satz gemeinten Störung eine psychische. Es handelt sich um psychogene Störungen. Aber nicht alles abnorme Verhalten, das durch Erlebnisse, Vorstellungen, Motive usw. ausgelöst wird, ist krankhaft. Zum Krankheitsbegriff gehört eine Störung des Körpergeschehens, d.h. eine Beeinträchtigung körperlicher Einzelfunktionen bis hin zur Bedrohung der körperlichen Lebensfähigkeit. ...

Eine Einschränkung des psychischen Krankheitsbegriffes auf Körperstörungen ist notwendig, wenn nicht jedes soziale Fehlverhalten, jede erlebnisbedingte Berufs- und Leistungsproblematik oder jedes unerwünschte Erziehungsprodukt als Krankheit aufgefaßt werden soll« (Förster 1981, S. 10f).

Reichsversicherungsordnung) und die Kostenträgerschaft für Hilfen (Jugendhilfeträger/Jugendamt oder Krankenkasse).

- ▶ In Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie kommen *unterschiedliche Terminologien* zur Anwendung. Der uneinheitlichen, individuell angewandten, sozial-pädagogischen Fachsprache der Jugendhilfe steht die weitgehend geschlossene Fachsprache der Jugendpsychiatrie gegenüber, die sich stark an die medizinische Terminologie anlehnt.
- ▶ Die gesellschaftlichen Positionen der dominierenden Berufsstände - Ärzte/ Ärztinnen und SozialpädagogInnen - schaffen eine *Hierarchie der Systeme*. An deren Spitze steht die Jugendpsychiatrie, gefolgt von Psychologie und therapeutischer Sozialarbeit, und auf der untersten Stufe befindet sich die Erziehung in Heimen.
- ▶ Es gibt eine *Rangfolge der Macht*, das Verhalten und die Persönlichkeit eines Jugendlichen *zu definieren*. Die gutachterliche Stellungnahme des Arztes/der Ärztin wird in der Regel höher bewertet als Feststellungen beteiligter PädagogInnen.
- ▶ Unterschiedliche Funktionen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie bewirken *positive oder negative Definitionen der eigenen Arbeitsweise*. Jugendpsychiatrie formuliert bei der Abgabe von Jugendlichen an die Jugendhilfe in aller Regel das Erreichen eines Behandlungszieles. Jugendhilfe sieht die Überweisung eines Jugendlichen in die Klinik eher als eigenes Scheitern an.
- ▶ Die *gesellschaftskritische Reflexion* der eigenen Arbeit hat einen unterschiedlichen Stellenwert in den Disziplinen. Während Jugendhilfe schon früh den Doppelcharakter ihrer Arbeit (Hilfe und Kontrolle) thematisierte, werden solche Diskussionen in der Jugendpsychiatrie von Minoritäten geführt.
- ▶ Auch die *Eindeutigkeit von Erziehungs- und Therapiekonzepten* und deren Realisierung unterscheiden Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Jugendhilfe soll Lebenszusammenhänge universal berücksichtigen, Jugendpsychiatrie hat stärker einzelne Lebensbeeinträchtigungen (Krankheiten) zu behandeln.
- ▶ Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie verfügen über *unterschiedliche institutionelle Bedingungen*. Einer Vielzahl von differenzierten Einrichtungen und Diensten auf seiten der Jugendhilfe mit zunehmender Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen stehen auf seiten der Jugendpsychiatrie vor allem traditionell gestaltete Kliniken gegenüber, wengleich auch hier zunehmend Institutsambulanzen und teilstationäre Arbeitsformen ausgebaut wurden.

Vor dem Hintergrund der hier skizzierten unterschiedlichen Strukturen und Handlungs-rationalitäten bzw. Handlungsbegründungen der Disziplinen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie einerseits und den spezifischen Hilfe- und Unterstützungsbedürfnissen von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern andererseits, ist es von besonderem Interesse, die Frage zu bearbeiten, nach welchen Kriterien Kinder und Jugendliche an die Systeme Jugendhilfe oder Jugendpsychiatrie geraten.

- ▶ Was für Probleme auf seiten von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern liegen der Inanspruchnahme des einen oder anderen Systems zugrunde?
- ▶ Wie wirken sich die spezifischen Sichtweisen und Wahrnehmungen der Fachkräfte beider Disziplinen auf die angebotenen Hilfs- und Unterstützungsangebote aus?
- ▶ Welche Entscheidungsmuster führen dazu, daß Kinder und Jugendliche in bestimmten Situationen von verschiedenen Formen institutioneller Hilfeleistung erfaßt werden und welche führen dazu, daß ein Teil der betroffenen jungen Menschen von mehreren Handlungssystemen gleichzeitig (oder in unmittelbarer Abfolge) erfaßt wird?

In der ISA-Studie, die sich auf den Untersuchungsraum Nordrhein-Westfalen (mit Schwerpunkt Westfalen-Lippe) bezog, wurde deutlich, daß ein erheblicher Teil der

Kinder, die von Jugendämtern in Heime vermittelt werden, zuvor bereits Kontakt zum System der Jugendpsychiatrie hatten. 18% aller vermittelten Kinder und Jugendlichen waren bereits einem Jugendpsychiater/einer Jugendpsychiaterin vorgestellt worden, drei Viertel davon (14% aller vermittelten Kinder und Jugendlichen) im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes (Gintzel/Schone 1989, S. 54ff).

Aus der Sicht der Heime ergab eine Stichtagserhebung in Westfalen-Lippe, daß 14% aller Heimbewohner bereits über stationäre Jugendpsychiatrie-Erfahrung verfügen. Diese, zunächst nur für das Gebiet des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe erhobenen Zahlen, werden bestätigt durch eine bundesweite Befragung des Evangelischen Erziehungsverbandes (EREV) in den ihm angeschlossenen Einrichtungen. Diese Untersuchung ergab einen Anteil von psychiatrievorerfahrenen Kindern in den evangelischen Heimen von 12% (946 von 7.757 Kindern und Jugendlichen).

Auch auf der Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergibt sich ein ähnliches Bild. 13% der Kinder und Jugendlichen in Kliniken haben bereits Vorerfahrungen mit Heimunterbringungen (Gintzel/Schone 1989, S. 61ff).

Als Fazit aus den zitierten Untersuchungen ließ sich festhalten, daß jeder siebte bis achte junge Mensch in Heimen und Kliniken beide Hilfesysteme (Klinik/Heim) kennt. Gleichzeitig heißt dies natürlich auch, daß sechs von sieben jungen Menschen in Heimen und Kliniken nur ein Hilfesystem kennengelernt haben und daß damit die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, daß Lösungen für die Probleme der Betroffenen innerhalb des einen, in Anspruch genommenen Systems gefunden werden. Auf der anderen Seite gibt es aber auch jene Kinder und Jugendlichen, die sich bereits zum zweiten oder dritten Mal in einem Heim befinden, oder die sich bereits zum zweiten oder dritten Mal in einer Klinik befinden. In beiden Fällen beträgt der Anteil der wiederholt aufgenommenen Kinder und Jugendlichen über 20% aller in Heimen und Kliniken lebenden Bewohner.

Während die hier nur kurz skizzierten Zahlen den Überschneidungsbereich zwischen Heimerziehung und Jugendpsychiatrie noch recht weit fassen, indem sie lediglich darauf abstellen, daß irgendwann in der Geschichte des Kindes oder Jugendlichen beide Hilfesysteme in Anspruch genommen wurden, fassen die Direktüberweisungen zwischen Heimen und Kliniken diesen Überschneidungsbereich wesentlich enger. Pro Jahr gibt es z.B. in Westfalen-Lippe 170 Direktüberweisungen von einem Heim in eine Klinik und 250 Direktüberweisungen von einer Klinik in ein Heim. Bezogen auf die Heime macht diese Zahl etwa 10% aller Neuaufnahmen aus.

Warum kommt es nun zur gegenseitigen Inanspruchnahme - zu wechselseitigen Überweisungen - zwischen den Einrichtungen beider Disziplinen? Wie gezeigt, ist bei einer Einweisung eines Kindes oder Jugendlichen in ein Heim oder eine Klinik die Wahrscheinlichkeit hoch, daß die der Einweisung zugrunde liegende Problematik hinreichend innerhalb dieses Systems bearbeitet werden kann und daß der je spezifische Handlungsrahmen von Heimerziehung und Jugendpsychiatrie von den dort tätigen Fachkräften als ausreichend eingeschätzt wird.

Dort jedoch, wo der eigene Handlungsrahmen als nicht ausreichend erkannt wird, kommt es zur Inanspruchnahme beider Systeme und eben zum Teil zu direkten wechselseitigen Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken. Diese direkten Überweisungen markieren relativ deutlich die von den Fachkräften beider Disziplinen gezogenen Grenzen ihrer Fachzuständigkeit. Bei der Überweisung eines Minderjährigen von einer Institution in eine andere wird jeweils für den Einzelfall eine Grenzlinie zwischen den Disziplinen gezogen, indem die eigenen Möglichkeiten als ausgeschöpft



bzw. nicht (mehr) hinreichend im Hinblick auf die Problematik des einzelnen Kindes oder Jugendlichen definiert werden und gleichzeitig der Institution der anderen Disziplin bessere Handlungsmöglichkeiten unterstellt werden. Gerade im Zusammenhang mit direkten Überweisungsprozessen treten also Grenzerfahrungen von Institutionen und Fachkräften am deutlichsten (nämlich im Einzelfall) hervor.

»Die abgebende Institution formuliert für den einzelnen jungen Menschen (ggf. mit ihm zusammen) Zielvorstellungen, die den eigenen Handlungsrahmen sprengen und somit eine Überweisungen in eine andere Einrichtung notwendig erscheinen lassen. Die um Aufnahme gebetene Institution muß im Vergleich zur abgebenden Institution eine zugeschriebene, behauptete oder tatsächlich erweiterte Kompetenz haben. Dies gilt sowohl bei der Überweisung vom Heim in die Klinik als auch im umgekehrten Fall. (...) Allgemein skizziert können die erweiterten Kompetenzen der Klinik aus Sicht des Heimes in spezieller jugendpsychiatrischer Diagnostik und Therapie sowie in der Krisenintervention gesehen werden, während die erweiterte Kompetenz des Heimes aus Sicht der jugendpsychiatrischen Klinik in der Gewährleistung eines alternativen Lebensortes und in der Gestaltung eines langfristigen Erziehungsprozesses liegt. Im ersten Fall führt eine Überforderung der Universalisten (HeimerzieherInnen) bezüglich des Verhaltens der HeimbewohnerInnen zur Überweisung an die Spezialinstitution jugendpsychiatrische Klinik. Im zweiten Fall suchen die auf psychiatrische Erscheinungen spezialisierten Fachkräfte der Klinik nach Lebensorten für die jungen Menschen, die - neben ggf. notwendigen besonderen Förderangeboten - vor allem universellen Charakter haben (Gewährleistung gelingenden Alltags)« (Gintzel/Schone 1989, S. 100). Während in der Praxis Überweisungen oft nur mit dem Verhalten und den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen begründet werden, müssen in der Regel aber mindestens drei Komponenten zusammenkommen, um Überweisungen zu bewirken, d.h. um »Grenzfälle« zu definieren:

- ▶ das Verhalten oder einzelne Verhaltensmerkmale des jungen Menschen,<sup>2</sup>
- ▶ die Wahrnehmung, Interpretation und Wertung dieses Verhaltens durch die jeweiligen Fachkräfte und deren Umgang damit (Mobilisierung zusätzlicher eigener oder fremder Ressourcen oder Überweisung des Jugendlichen an eine andere Institution). Hier spielt das fachliche Erkenntnis- und Handlungsrepertoire von Einrichtungen und Fachkräften ebenso eine Rolle wie die institutionelle Toleranzschwelle bzw. die Toleranzschwelle von MitarbeiterInnen;
- ▶ die Bereitschaft einer Institution der anderen Disziplin, einen jungen Menschen, der ihr zugewiesen wird, aufzunehmen.

Das bisher gesagte zeigt, daß man das Problem der »Grenzfälle« zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie nur sehr bedingt von den Problemen, Verhaltensweisen und Leidensgeschichten der betroffenen Kinder und Jugendlichen aufrollen kann. Die Frage nach den »Grenzfällen« scheint in erster Linie die Frage nach der Zuständigkeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie für Kinder und Jugendliche in besonders ausgepräg-

---

<sup>2</sup> Der Begriff der »Verhaltensstörung« oder der »Verhaltensauffälligkeit« ist hier wenig hilfreich, da es sich hier bereits um soziale Definitionen handelt und nicht um neutrale Beschreibungen von Verhalten. In der Regel geht es um nicht erfüllte Verhaltenserwartungen der Erwachsenenwelt. Zusätzlich skeptisch stimmen sollte die Tatsache, daß der Begriff der »Verhaltensstörung« fast nur bei Kindern und Jugendlichen gebraucht wird und so gut wie nie auf Erwachsene angewandt wird.

ten Lebenskrisen sowie die Frage nach Abgrenzung beider Disziplinen voneinander zu sein. Erst durch die Klärung von Zuständigkeit und Nichtzuständigkeit können »Grenzfälle« überhaupt entstehen.

»Grenzfall« zu sein, ist kein subjektives Merkmal von jungen Menschen, sondern Ergebnis der fachlichen Zuständigkeits- bzw. Abgrenzungserklärung von Institutionen und Disziplinen. Dabei ist der Begriff der Abgrenzung (von Hilfesystemen) nicht weit entfernt vom Begriff der Ausgrenzung (von Jugendlichen), denen bekundet wird, daß sie nicht in die bestehenden Hilfesysteme passen.

»Wenn Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen, so wird häufig davon gesprochen, daß es sich dabei um 'Grenzfälle' zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie handelt. Die Rede über 'Grenzfälle' sagt jedoch weniger etwas über die Kinder und Jugendlichen aus als darüber, daß bestimmte Heime bzw. die Mitarbeiter dieser Heime subjektiv das Empfinden haben, in der Arbeit mit dem entsprechenden Kind an eine Grenze ihrer Möglichkeiten gekommen zu sein. So wenig es möglich ist, bei Kindern und Jugendlichen genau zwischen psychischer Krankheit und psychischer Gesundheit zu unterscheiden oder eine Grenzlinie zwischen vermeintlich noch normaler und bereits pathologischer psychischer Entwicklung zu ziehen so wenig läßt sich eine 'Indikation' für Kinder- und Jugendpsychiatrie definieren. Die Grenzen sind fließend und die Einschaltung psychiatrischer Einrichtungen markiert das Scheitern bisheriger Erziehungsbemühungen und eine gewisse Hilflosigkeit in bezug auf das weitere pädagogische Handeln. Insofern sind 'Grenzfälle' gemacht, sind als Zustandsbeschreibung pädagogisch erfolgloser Interaktion anzusehen« (DPWV-Landesverband Nordrhein-Westfalen, in: Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1988, S. 41).

Jochen Rößler beschreibt, welche Funktion Überweisungen und Ausgrenzungen für die abgebende Einrichtung haben:

»Mitarbeiter der Jugendhilfe haben es immer wieder mit jungen Menschen zu tun, die sie an ihre Grenzen bringen und die die Grenzen der Einrichtung deutlich machen. Was kann man tun, wenn man erkennt, daß bestimmte Ereignisse dazu führen werden, das System sozialen Handelns innerhalb der vorhandenen Grenzen einer Institution zu zerstören? Die nächstliegende Problemlösung besteht in der Regel darin, den 'Grenzfall' einer anderen Institution zu übergeben, der man größere Leistungsfähigkeit zutraut. Das ist häufig die Strategie des Umgangs der Jugendhilfe mit der Psychiatrie. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird angefragt, weil man unterstellt, die Psychiatrie werde dem Fall besser gerecht. Interessanterweise wird dieses Verfahren um so überzeugter angewandt, je weniger über die wirklichen Hilfemöglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekannt ist. Das macht deutlich, es geht nicht nur um die bestmögliche Hilfe für einen Einzelfall, es geht dabei auch um die Stabilisierung des sozialen Systems, das einen 'Grenzfall' abgibt. Die weitverbreitete Strategie der Ausgrenzung von Problemen führt dazu, das vorhandene System eingespielter Handlungsmuster zu stabilisieren und die Grenzen von Institutionen deutlicher zu markieren« (Rößler 1990, S. 135f).

Wiewohl die Definition eines »Grenzfalles« also nur aus den Möglichkeiten und Grenzen der handelnden Institutionen erfolgt, werden nicht selten die Kinder und Jugendlichen selbst als Grenzfälle bezeichnet. Diese in hohem Maße stigmatisierende Bezeichnung lenkt also sehr häufig von den strukturellen, institutionellen, fachlichen und ggf. menschlichen Unzulänglichkeiten der Hilfesysteme ab und suggeriert, das »Grenzfall«-Sein sei eine aus den Eigenschaften des jungen Menschen herleitbare Bezeichnung. Mit der Etikettierung als »Grenzfall« wird den betroffenen Kindern und Jugendlichen, die

sich in der Regel ohnehin in schwierigsten Lebenssituationen befinden, zusätzlich die Bürde nicht hinreichender Hilfsmöglichkeiten als von ihnen selbst hervorgerufen allein aufgelastet.

In ihrem Aufsatz »Grenzfälle zwischen Heimen und Psychiatrie - Am Beispiel Hamburgs« beschreiben Köttgen/Kretzer die Entstehung einer Grenzfallproblematik so: »Jugendliche in öffentlicher Erziehung, ebenso wie in psychiatrischer Behandlung sind ... nahezu ausnahmslos auf vielfältige Weise er- und beziehungsproblematisch. Es gibt bei beiden in der Vorgeschichte ihrer Sozialisation unterschiedlich geartete Verletzungen, oft hervorgerufen oder verstärkt durch Beziehungsverluste und/oder -abbrüche. Diese auszugleichen ist schwierig genug. Es verlangt menschliche, pädagogische, therapeutische und soziale Fähigkeiten. Verkürzt soll die Geschichte vieler Kinder und Jugendlicher folgendermaßen skizziert werden:

- ▶ Je massiver das erlittene lebensgeschichtliche Trauma, desto ausgeprägter die Symptome und 'Verhaltensauffälligkeiten', die Folge von Kommunikations- und Beziehungsstörungen sind.
- ▶ Tendenzen von seiten der Institutionen in Richtung einer Abschiebung mehren sich.
- ▶ Je häufiger Abschiebungen erfolgen, desto problematischer das Kind/der Jugendliche.
- ▶ Die Schwierigkeiten potenzieren sich für alle Beteiligten.
- ▶ Ein Grenzfall zwischen Psychiatrie und Heimen ist entstanden«  
(Köttgen/Kretzer 1990, S. 85).

Im Rahmen der oben zitierten ISA-Studie konnte bei genauerer Analyse der wechselseitigen Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken festgestellt werden, daß der einmalige Wechsel zwischen den Institutionen (Heim und Klinik) eher die Ausnahme darstellt. Ein großer Teil der Jugendlichen hatte bereits mehrfach Überweisungen zwischen verschiedenen Einrichtungen erlebt (Gintzel/Schone 1989, S. 88ff und S. 139ff).

Häufig wird gerade denjenigen jungen Menschen, die sich in einer so beschriebenen lebensgeschichtlichen Eskalation unter wechselseitiger Beteiligung verschiedener Institutionen befinden, eine mangelnde Beziehungsfähigkeit zugesprochen. Köttgen/Kretzer bemerken hierzu: »Selektionsprozesse, die sich über 'Beziehungsfähigkeit' definieren, hängen von der Subjektivität des Therapeuten ab. Das Aufnahmekriterium 'Beziehungsfähigkeit' leistet damit neuen Ausgrenzungsprozessen Vorschub. Schwierige Minderjährige sind meistens gerade in ihrer Beziehungsfähigkeit gestört. Beziehungsunfähig kann mit untherapierbar gleichgesetzt werden. Die Folge ist: Je problematischer ein Jugendlicher, desto schwieriger ist es für ihn, therapeutisch qualifizierte Angebote zu finden. Die Jugendlichen kommen in Einrichtungen mit einem schlechteren Personalschlüssel, einem schlechteren Ausbildungs- und Gehaltsniveau der Mitarbeiter. Hier konzentrieren sich die Konfliktsituationen. Erst aus dieser Situation entstehen viele jener unlösbaren 'Grenzfälle' durch überforderte Mitarbeiter und im Stich gelassene Minderjährige« (Köttgen/Kretzer 1990, S. 95).

In der ISA-Studie werden verschiedene Überweisungsmuster zwischen den Institutionen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie beschrieben (vgl. Gintzel/Schone 1989, S. 102ff). Bei den Überweisungen vom Heim in eine jugendpsychiatrische Klinik haben sich im wesentlichen drei Überweisungsmuster ausfindig machen lassen:

- ▶ *Das Muster permanenter Ratlosigkeit - die geplante Suche von Hilfe nach Ausschöpfung der eigenen Ressourcen*  
Dieses Muster beschreibt die geplante, auf gegenseitiger Kooperation beruhende, zeitweise Überweisung eines Kindes oder Jugendlichen in eine jugendpsychiatrische Klinik zum Zwecke vertiefender Diagnostik und/oder Behandlung.
- ▶ *Das Muster plötzlich auftretender Hilflosigkeit - die Überweisung nach situativer Überforderung*  
Diese Muster beschreibt die kurzfristige ad hoc-Überweisung in eine Klinik nach plötzlichen, unerwarteten Ereignissen (z.B. Suizidversuche), die abrupte Hilflosigkeit bei den Erziehern erzeugen.
- ▶ *Das Muster langfristiger Eskalation*  
Dieses Muster beschreibt die Überweisung eines Kindes oder Jugendlichen in eine Klinik, nachdem sich die Krise zwischen Kind/Jugendlichem und pädagogischen Fachkräften über längere Zeit so weit hochgeschaukelt hat, daß die Toleranzschwelle der Fachkräfte bzw. der Institution überschritten wurde.

Bei den Überweisungen von jugendpsychiatrischen Kliniken in Heime haben sich im wesentlichen vier Überweisungsmuster ausfindig machen lassen:

- ▶ *Das Muster der Überweisung nach Clearing*  
Zur Überweisung nach Clearing kommt es, wenn die Jugendpsychiatrie auf seiten des Jugendlichen keine psychiatrisch relevanten Auffälligkeiten feststellt und stattdessen eher familiäre oder soziale Verursachungsfaktoren für Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich gemacht werden.
- ▶ *Das Muster der ins Diagnose- und Behandlungskonzept eingebundenen Maßnahme*  
Diese Art der Überweisung erfolgt, wenn das Problem des Kindes oder Jugendlichen für gelöst erachtet wird oder - was weitaus häufiger vorkommt - wenn die Problemspitzen, die zur Überweisung in die Klinik geführt haben, überwunden sind und nunmehr ein primär sozialpädagogisch organisierter Lebensraum gesucht wird.
- ▶ *Das Muster der Überweisung nach (fortgesetztem) Nichtfruchten von Therapieversuchen*  
Dieses Muster kennzeichnet die Überweisungen in ein Heim, nachdem die Interventionsmöglichkeiten der Klinik ausgereizt waren, ohne daß sich nach Ansicht der befragten Fachkräfte substantielle Veränderungen beim Jugendlichen ergeben hätten.
- ▶ *Das Muster der Überweisung nach Erklärung von Nichtzuständigkeit*  
Nach erfolgter Diagnostik oder Krisenintervention bei einem Kind oder Jugendlichen wird von seiten der Klinik erklärt, daß sie aufgrund ihrer personellen oder professionellen Möglichkeiten oder aufgrund mangelnder Rahmenbedingungen (z.B. Sicherungsmöglichkeiten) nicht zuständig sei. Häufiges Beispiel hierfür ist die Erklärung von Nichtzuständigkeit der Jugendpsychiatrie bei den sogenannten »dissozialen Jugendlichen«.

Aus den hier nur kurz skizzierten Überweisungsmustern werden zwei sehr unterschiedliche Grenzfallproblematiken deutlich:

Im ersten Fall wird bei einer Überweisung grundsätzlich die aufeinander folgende oder zum Teil gleichzeitige Zuständigkeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, also von Heim und Klinik, akzeptiert. Die Angebote werden miteinander verzahnt bzw. überlagern einander und werden von den handelnden Fachkräften als multidisziplinäres Hilfskonzept offensiv vertreten. Die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Kooperation und eines wechselseitigen Verständigungsprozesses über die je spezifischen Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Disziplinen ist hier relativ hoch.

Im zweiten Fall geht es nicht um die Überschneidung der Angebote beider Disziplinen. Die Institutionen erklären sich hier tendenziell eher für nicht zuständig (Abgrenzung) und stellen im »Übergriff« auf die andere Disziplin fest: »Das ist ein Fall für Euch!« Wenn dieses sowohl von seiten der Jugendhilfe als auch von seiten der Jugendpsychiatrie passiert (doppelte Erklärung von Nichtzuständigkeit), kann man den Begriff des Grenzfalles so definieren, daß der betroffene junge Mensch zwischen den Grenzen der Disziplinen hindurchfällt (Niemandland-Syndrom). Diese Grenzfall-Problematik ist häufig mit heftigen Konflikten und gegenseitigen Vorwürfen zwischen den Vertretern der einzelnen Disziplinen verbunden.

Auffallend im Sprachgebrauch und in der Diskussion ist, daß wechselseitige Überweisungen, die nach dem ersten Muster geschehen, nur selten als »Grenzfälle« beschrieben werden, wohingegen sich im Falle der konflikthafter Ausgrenzung eines Kindes oder Jugendlichen dieser Sprachgebrauch eher aufdrängt, woran noch einmal deutlich wird, daß die Definition eines »Grenzfalles« weniger aus der Problematik des Jugendlichen begründbar ist, als aus der Dynamik der handelnden Institutionen und Fachkräfte. Machetanz macht diesen Prozeß sehr gut deutlich, indem er ausführt: »Aber nicht um alle Kinder und Jugendlichen wollen sich alle kümmern. Mitunter erlebt man Umgekehrtes - die andere Institution ist kompetent und zuständig - nur die eigene nicht mehr. Ich meine, die besonders schwierigen, dissozialen Kinder und Jugendlichen, die hin und her geschoben, letztlich - so erleben wir das jedenfalls, mit einem psychiatrischen Etikett versehen, in eine psychiatrische Einrichtung abgegeben werden - womöglich mit dem Hinweis, daß Rücknahme in die entsendende Einrichtung leider nicht möglich ist« (Machetanz 1989, S. 62).

In einem Protokoll des Arbeitskreises: Psychiatrie - Heime im Amt für Jugend, Hamburg, wird diese Situation folgendermaßen beschrieben: »In der Tat beschäftigen wenige solcher Einzel-Fälle (Grenzfälle) zahlreiche Mitarbeiter, Dienste und Institutionen aus unterschiedlichen Behörden. Polizei, Gericht, Strafvollzug, Bewährungshilfe, soziale Dienste, Heim, Schulen, psychosoziale Versorgung und andere. Je höher die Anzahl der beteiligten Personen, desto heftiger der Wunsch, den 'Störer' aus dem Gesichtsfeld zu verbannen, konfrontiert er doch mit eigenen fachlichen Grenzen, macht rat- und hilflos oder gar ohnmächtig, wütend und handlungsunfähig. Erschien früher durch die geschlossene Unterbringung - dem Abschieben hinter Mauern - das Problem unsichtbar geworden, so erfordert die Präsenz dieser Minderjährigen in der Öffentlichkeit nunmehr eine Konfliktlösung über fachliche Spezialisierungen und Kompetenzgrenzen hinaus. Regelmäßig lebt durch die Konfrontation mit den sogenannten 'Grenzfällen' der Ruf nach geschlossener Unterbringung wieder auf und entfacht die heftige emotionalisierte kontroverse Situation von neuem.«

Wie Kinder und Jugendliche in den Strudel institutioneller Karrieren mit Wechseln zwischen Heimen und Kliniken geraten, wird unter der Überschrift »Überweisungen im

Rahmen längerfristiger lebensgeschichtlicher Eskalation mit wechselseitiger Beteiligung der Institutionen« in der ISA-Studie beschrieben:

»Während es sich bei der Mehrzahl von Überweisungen von Heimen und jugendpsychiatrische Kliniken und umgekehrt um einmalige Ereignisse handelt, gibt es eine kleinere Gruppe von Kindern und Jugendlichen, deren Lebensgeschichte durch eine Vielzahl von Überweisungen und damit verbundenen Ausgrenzungen und Lebensortwechseln gekennzeichnet ist. Bei diesen jungen Menschen ist der Rückgriff auf ihre bisherigen Erfahrungen an verschiedenen institutionellen Lebensorten zum Bestandteil der jeweiligen Überweisungs begründungen und Überweisungspraxis geworden.

Die einzelne Überweisung reiht sich ein in eine Kette vorhergehender Überweisungsentscheidungen. ... Die Unfähigkeit der Fachkräfte, die Problematik des Minderjährigen zu durchbrechen, führt zu immer schärferen Interventionen, die letztendlich zu einer längerfristigen institutionellen Eskalation mit wechselseitiger Beteiligung von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie führen (Pinball-Effekt).

Ursachen und Hintergründe für den Beginn der Überweisungsodyssee sind den Fachkräften, die aktuell mit dem Minderjährigen arbeiten, nicht oder nur sehr oberflächlich bekannt. Sinn und Zweck der wechselseitigen Überweisungen sind aus retrospektiver Sicht nicht mehr zu ergründen bzw. leuchten oft nicht mehr ein.

Angesichts der zum Teil durch viele Wechsel geprägten Geschichte der jungen Menschen und der vielfältigen Versuche institutioneller Intervention und Einflußnahme, sind Einrichtungen kaum noch in der Lage, positive Arbeitsansätze für und mit dem Jugendlichen zu formulieren. Die Perspektiven der jungen Menschen sind ebenso diffus und verschwommen wie ihre Geschichte. Prognosen fallen äußerst schlecht aus.

Bei den Betroffenen wird zumeist eine Kumulierung von Negativverhalten wie Beziehungslosigkeit, Auto- und Fremdaggression, Gruppenunfähigkeit etc. festgestellt. Vorhergehende Überweisungen dienen häufig als Legitimation weiterer Überweisungen ('Wenn die anderen es alle nicht geschafft haben, wieso sollten wir?'). Gleichzeitig werden immer negativere Prognosen dokumentiert, die ihrerseits zum Bestandteil des Überweisungs vorganges werden.

Auf seiten des Heimes führen diese Jugendlichen häufig Eskalationen herbei, die zur Klinikeinweisung führen. Auf seiten der Jugendpsychiatrie kommt es zu kurzen Interventionen, zur Beseitigung der Krisenspitzen und danach zur Rücküberweisung ins gleiche Heim oder in ein anderes« (Gintzel/Schone 1989, S. 139f).

Angesichts dieser Prozesse und der ihnen innewohnenden Dynamik sei quasi als Kontrapunkt zum Abschluß dieses Kapitels Friedrich Specht zitiert, der in seinem Aufsatz »Fremdplazierung und Selbstbestimmung« fordert, die Absicht und das Vorgehen bei Fremdplazierungen (und dies gilt sicher ungleich mehr bei Verlegungen, R.S.) an entsprechenden Kriterien zu messen:

- »► Drückt sich in der geplanten Maßnahme tatsächlich ein ernstes Interesse an der Person des Kindes aus?
- Kann es dem Plan der Fremdunterbringung als Ausdruck von Achtung vor seiner Eigenart verstehen oder erlebt es darin Mißachtung seiner Bindungen und Beziehungen?
- Wird es sich als Objekt von Verfügung erleben oder bleibt es Beteiligter mit - wenn auch begrenztem - Einfluß auf die eigene Lage?

Werden diese Kriterien nicht beachtet, dann wird Fremdplazierung ihre Absicht verfehlen und statt dessen zu einer anhaltenden Überzeugung von Hilfslosigkeit oder

zu einem aufreibenden Kampf um Vergewisserung von Selbstbestimmung führen«  
(Specht 1989, S. 194).

### 3 FORSCHUNGSFRAGEN UND METHODISCHES VORGEHEN

#### *Fragestellungen*

Vor dem Hintergrund des in der Einleitung skizzierten Verhältnisses von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie und der aktuellen Diskussion innerhalb und zwischen den Disziplinen soll eine Beschreibung und Analyse von Situationen vorgenommen werden, in denen Jugendhilfe auf Jugendpsychiatrie verweist und umgekehrt. Im Zentrum der Betrachtung stehen also jene Prozesse und Entscheidungen, die zu wechselseitigen Überweisungen zwischen den Disziplinen und damit zur potentiellen Entstehung von »Grenzfällen« beitragen.

Gegenstand der Untersuchung war zum einen die Gruppe von Kindern und Jugendlichen in der Freien und Hansestadt Hamburg, die stationäre Erziehungshilfe in Heimen der Jugendhilfe erfahren haben und bereits ein- oder mehrmals stationär in jugendpsychiatrischen Kliniken aufgenommen und behandelt wurden. Zum anderen sollten die Erfahrungen der an gegenseitigen Überweisungen von Kindern und Jugendlichen beteiligten Institutionen und Fachkräfte dokumentiert werden.

Folgende Fragestellungen galt es unter dieser Perspektive zu bearbeiten:

- ▶ Was sind lebensgeschichtliche Hintergründe für die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen in jugendpsychiatrische Kliniken?
- ▶ Welche konkreten Anlässe und Faktoren lösen die Zuweisung in eine jugendpsychiatrische Klinik aus?
- ▶ Auf welchen Zuweisungswegen gelangen die Kinder und Jugendlichen in jugendpsychiatrische Kliniken?
- ▶ Welche Institutionen der Jugendhilfe sind an der Zuweisung beteiligt?
- ▶ Welche Formen der Zusammenarbeit werden von den Fachkräften der beteiligten Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie bei der wechselseitigen Überweisung von Kindern und Jugendlichen praktiziert?
- ▶ Welche Mängel werden dabei gesehen bzw. welche Vorstellungen über eine verbesserte Praxis haben die Fachkräfte?
- ▶ Welche Konsequenzen ziehen die Fachkräfte der Heime aus jugendpsychiatrischen Diagnosen und Gutachten für ihre weitere Arbeit?

Neben diesen Fragestellungen, die eher auf das allgemeine Verhältnis jugendpsychiatrischer und sozialpädagogischer Interventionen und Angebote abzielen, wurden in einem weiteren Schritt Einzelfallanalysen über junge Menschen durchgeführt, die Kontakt mit der Jugendpsychiatrie hatten und deren Problemlage die Jugendhilfe an ihre Grenze gebracht hat. Fragestellungen dieses Untersuchungsschwerpunktes waren u.a.:

- ▶ In welchem lebensgeschichtlichen Kontext stehen die Interventionen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie?
- ▶ Welche Motive und Entscheidungskriterien bestimmen das Handeln von Betroffenen und Fachkräften?
- ▶ Welche Auswirkungen hat der Jugendpsychiatrie-Aufenthalt auf das weitere fachliche Handeln im Rahmen der Jugendhilfe?



- ▶ Wie erleben Jugendliche die Rückkehr/Neuaufnahme in den Jugendhilfebereich (Heimerziehung)?
- ▶ Wie nehmen die betroffenen Jugendlichen die Interventionen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie wahr? Wie schätzen sie sie ein? Welche Bedeutung messen sie ihnen für ihren Lebensweg bei?

### *Methodisches Vorgehen und Erhebungsinstrumente*

Um Aufklärung über die Art der Problemlagen von jungen Menschen und ihren Familien, über die institutionellen Entscheidungs- und Zuordnungsprozesse, über die je spezifischen Handlungsstrukturen von Heimen und Kliniken in Hamburg sowie über die zwischen diesen praktizierten Kooperationsprozesse zu erhalten, war es erforderlich, verschiedene Methoden und Instrumente zur Anwendung zu bringen. In enger Abstimmung mit dem/der von der Stadt Hamburg für die Projektbetreuung benannten MitarbeiterIn des jugendpsychiatrischen Dienstes (Frau Dr. Köttgen, Herr Kretzer) wurden folgende Zugänge zum Untersuchungsfeld gesucht:

1. Durchführung einer Voruntersuchung zur konzeptionellen und quantitativen Bestandsaufnahme psychosozialer Einrichtungen und Dienste in Hamburg.
2. Durchführung einer standardisierten Aktenanalyse von Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe leben und bereits stationäre Erfahrungen mit jugendpsychiatrischen Kliniken haben.
3. Durchführung von leitfadenstrukturierten Einzel- bzw. Kleingruppeninterviews mit Fachkräften in Kliniken und Heimen.
4. Durchführung biographischer Fallanalysen.

Der Untersuchungsaufbau sicherte einerseits den Zugang zu einer Reihe von Querschnittsinformationen (Gesamtpopulation, Organisationsstrukturen, Entscheidungsstrukturen, Problemcharakteristika), andererseits war es möglich, anhand der biographischen Fallanalysen exemplarisch Längsschnittbetrachtungen über Prozeßverläufe anzustellen, und zwar sowohl, was die Entwicklung von individuellen Problemlagen, als auch was die Handlungsprozesse der beteiligten Institutionen und Personen angeht.

### *Voruntersuchung*

Die ursprüngliche Projektplanung sah vor, im Rahmen einer Voruntersuchung eine Bestandsaufnahme des Hamburger Angebotes an psycho-sozialen Einrichtungen und Diensten vorzunehmen (Aufriß konzeptioneller und struktureller Merkmale der Einrichtungen). Daneben wurde eine Bestandsaufnahme quantitativer Entwicklungen stationärer Unterbringungsformen in den letzten 10 Jahren angestrebt, die folgende Bereiche umfassen sollte:

- ▶ Heime der Jugendhilfe, ggf. Heime der Sozialhilfe,
- ▶ Unterbringungen in Familienpflege,
- ▶ jugendpsychiatrische Kliniken,
- ▶ Jugendstrafvollzug inklusive Untersuchungshaft.

Die Voruntersuchung war nicht Bestandteil des ISA-Projektes, sondern wurde vom Amt für Jugend gesondert in Auftrag gegeben. Es bestand das Ziel, die Ergebnisse der

Voruntersuchung mit den Analysen der Hauptuntersuchung gemeinsam in einem Abschlußbericht zusammenzufassen, um aus ihnen Konsequenzen für die Praxis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zu formulieren.

Da die Voruntersuchung jedoch nicht in der beabsichtigten Form realisiert wurde, soll im Rahmen des hier vorgelegten Projektes zumindest ein kurzer Bezug auf die quantitativen Entwicklungslinien stationärer Unterbringungsformen seit 1979 hergestellt werden (vgl. Punkt 4.1).

### *Aktenanalyse*

Im Rahmen der Aktenanalyse im Amt für Jugend wurden anhand eines standardisierten Erhebungsbogens Heimeinweisungs-Entscheidungen in der Stadt Hamburg analysiert. Es war angestrebt worden, jeweils 60 Jugendamtsakten von Kindern und Jugendlichen mit Vorerfahrungen in der stationären Jugendpsychiatrie und 60 Jugendamtsakten von Kindern und Jugendlichen ohne jugendpsychiatrische Vorerfahrungen zu analysieren. Die Erhebung erfolgte in Form eines standardisierten Aktenerhebungsbogens, der sich vor allem auf folgende Bereiche bezog (vgl. Anlage im Zwischenbericht):

- ▶ Sozialdaten der Minderjährigen/Familien,
- ▶ individuelle und familiale Problemlagenprofile,
- ▶ Gründe für die Heimeinweisung,
- ▶ Art der jugendpsychiatrischen Vorerfahrung,
- ▶ vorhergehende (ambulante) Hilfen.

Der Vergleich von Jugendlichen mit Psychiatrieerfahrung zu solchen ohne Psychiatrieerfahrung sollte Aufschluß darüber bringen, ob und welche spezifischen Lebenslagen und Problemkonstellationen zur Inanspruchnahme der Jugendpsychiatrie führen und ob und welche Kriterien für die wechselseitige Inanspruchnahme von Jugendpsychiatrie (Klinik) und Jugendhilfe (Heim) bestehen.

Die Aktenerhebung wurde von ProjektmitarbeiterInnen durchgeführt, nachdem die MitarbeiterInnen der aktenführenden Dienststelle (Erziehungssachgebiet) gebeten worden waren, eine Liste aller Neuaufnahmen der Jahre 1988/89 in öffentliche Erziehung zu erstellen, die über stationäre jugendpsychiatrische Erfahrung verfügen. Dies Verfahren wurde gewählt, da eine Direktdurchsicht der über 2.000 Neuaufnahmen der Jahre 1988/89 seitens des ISA den Rahmen des Möglichen überstieg. Die angestrebte Größenordnung von 60 Aktenanalysen konnte nach diesem Verfahren nicht erreicht werden. Letztendlich konnten 27 Akten von Jugendlichen mit stationären Klinikaufhalten ausgewertet werden.

Die 60 Akten der Kontrollgruppe wurden nach einem Zufalls-Stichprobenverfahren aus den Heimeinweisungen des Jahres 1989 (Gesamtzahl der Neuaufnahmen: 1.075) gezogen, wobei folgende Einschränkungen zum tragen kamen:

- ▶ Zunächst wurden alle Neuaufnahmen in öffentliche Erziehung aus dem Bereich der unbegleiteten Flüchtlingskinder nicht berücksichtigt, da hier keine relevanten Daten für unseren Untersuchungsbereich vorliegen. Die unbegleiteten Flüchtlingskinder machen etwa 10% aller Neuaufnahmen in öffentliche Erziehung aus.
- ▶ Desweiteren wurden in der Stichprobe nur Kinder und Jugendliche berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Heimaufnahme zwischen acht und 18 Jahren waren (Geburtsjahrgänge 1971 bis 1981). Dieses Altersspektrum entsprache dem der Kinder und Jugendlichen, die nach jugendpsychiatrischen Vorerfahrungen in Heime vermittelt

wurden. Hiermit sollte eine inhaltliche Verzerrung von Problemlagen und Entscheidungsgründen aufgrund unterschiedlicher Altersstufen der Kinder und Jugendlichen vermieden werden.

Durch die hier vorgenommene Einschränkung der Zufallsstichprobe ist die Vergleichbarkeit beider Untersuchungspopulationen gewährleistet. Durch die Tatsache, daß einerseits für mehrere Jugendliche, die vom Erziehungssachgebiet als psychiatrieerfahren benannt worden waren, keine Klinikaufenthalte in den Akten dokumentiert waren, andererseits in der »Kontrollgruppe« drei Jugendliche (5%) vertreten waren, die vor der Heimeinweisung bereits Klinikerfahrung hatten, ergab sich hinsichtlich der ausgewerteten Akten folgende Verteilung:

- ▶ 27 Akten wurden zu Kindern und Jugendlichen mit Klinikerfahrung und
- ▶ 64 Akten wurden zu Kindern und Jugendlichen ohne Klinikerfahrung ausgewertet.

Die Verteilung der ausgewerteten Akten über die Hamburger Bezirke ist aus Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: *Ausgewertete Akten nach Bezirken*

	Heimaufnahme ohne vorhergehenden Klinikaufenthalt		Heimaufnahme mit vorhergehendem Klinikaufenthalt		Gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Hamburg-Mitte	13	20	7	26	20	22
Altona	10	16	2	7	12	13
Eimsbüttel	4	6	2	7	6	7
Hamburg-Nord	5	8	-	-	5	5
Wandsbek	21	33	11	41	32	35
Bergedorf	1	2	3	11	4	4
Harburg	9	14	2	7	11	12
keine Angabe	1	2	-	-	1	1
Gesamt*	64	100	27	100	91	100

\* Bei den Prozentsummen ergeben sich jeweils Auf- und Abrundungsdifferenzen. Die Summe der nicht gerundeten Prozentangaben beträgt jedoch auch in diesen Fällen 100%.

Die Ergebnisse der Aktenanalyse wurden den MitarbeiterInnen des Erziehungssachgebietes im Rahmen einer Dienstbesprechung vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Die Inhalte dieser Diskussion sind in die Interpretation der Ergebnisse eingeflossen.

### *Interviews*

Im Rahmen von leitfadenstrukturierten Einzel- und Gruppeninterviews/-diskussionen in Heimen und Kliniken und mit Fachkräften in den zuweisenden Bezirksämtern sollten praktizierte gegenseitige Unterstützung- und Kooperationsformen zwischen den Instanzen und Disziplinen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie thematisiert werden. Insbesondere sollten gegenseitige Erwartungen und Forderungen an die eigene und an die jeweils andere Disziplin herausgearbeitet werden, deren Einlösung den Fachkräften für eine verbesserte Praxis notwendig erscheint. Besonderes Gewicht der Interviews und Gespräche lag auf den bestehenden Weiterentwicklungsvorstellungen der einzelnen Disziplinen bezüglich ihres eigenen Arbeitsfeldes und bezüglich der Kooperation mit anderen Arbeitsfeldern.

Die Gespräche mit den VertreterInnen der Praxis von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

erfolgten in Form von Einzelinterviews und Gruppeninterviews/-diskussionen, weil

- ▶ Einzelbefragungen von VertreterInnen der verschiedenen Institutionen stärker darauf abgestellt werden können, Informationen über die Einrichtung und ihr Selbstverständnis (Ziele, Strukturen, Auftrag, Arbeitsweise etc.) zu gewinnen und einzelne Fragestellungen vertiefend zu behandeln (problemzentriertes Interview), während
- ▶ Gruppenbefragungen eher Informationen über den institutionellen Alltag erbringen, indem sie das in der Regel breitere Meinungs-, Erfahrungs- und Einschätzungsspektrum verschiedener MitarbeiterInnen in verschiedenen Positionen erfassen.

Folgende Fragenkomplexe wurden im Rahmen der leitfadenstrukturierten Einzel- und Gruppeninterviews bearbeitet (vgl. Anlage im Zwischenbericht):

- ▶ Informationen zur Einrichtung (Ziele, Struktur, Arbeitsweise),
- ▶ Zielgruppen und Zuweisungswege,
- ▶ Kooperationsprozesse und -erfahrungen,
- ▶ Problem der »Grenzfälle«,
- ▶ Vorschläge und Ideen für eine verbesserte Praxis.

Sowohl die Einzel- als auch die Gruppeninterviews dauerten zwischen 1,5 und 3 Stunden. Die Interviews wurden - bis auf wenige Ausnahmen - auf Tonband mitgeschnitten. Die Interviews fanden zwischen März und Juni 1990 statt.

Folgende Interviews mit Fachkräften der Jugendhilfe und die Jugendpsychiatrie wurden geführt:

▶ *Jugendpsychiatrische Kliniken*

- Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift  
Einzelinterview (Herr Dr. Nöhring) am 19.3.1990  
Gruppeninterview (StationsleiterInnen/Sozialarbeiter) am 11.4.1990
- Universitätsklinikum Eppendorf  
Einzelinterview (Herr Dr. Kowerk) am 20.3.1990  
Gruppeninterview (Stationsteam/SozialarbeiterInnen) am 18.4.1990

▶ *Bezirksamt Eimsbüttel*

- Gespräch mit Sozialdezernentin Frau Dr. Becher und der stellvertretenden Leiterin des Amtes für soziale Dienste, Frau Vogel, am 8.1.1990  
(Ein Gruppengespräch mit VertreterInnen des Amtes für soziale Dienste (AS) kam nicht zustande, da nur ganz sporadische Kontakte der BezirkssozialarbeiterInnen zur Jugendpsychiatrie und fast keine Kooperationserfahrungen mit jugendpsychiatrischen Kliniken bestünden.)
- Gruppeninterview mit Amtsvormündern am 10.4.1990

▶ *Amt für Jugend - jugendpsychiatrischer Dienst*

- Einzelinterview (Frau Dr. Krüger) am 18.4.1990
- Einzelinterview (Frau Dr. Duhme) am 19.4.1990

▶ *Heimerziehung*

- LEB  
Gruppeninterview mit AWG-MitarbeiterInnen am 25.6.1990  
Gruppeninterview mit Heim- und VerbundleiterInnen am 26.6.1990
- Rauhes Haus  
Einzelinterview (Herr Winter, flexible Betreuung) am 19.6.1990

- Einzelinterview (Herr Jaede, Wohngruppe) am 3.7.1990
- Margaretenhort
- Gruppeninterview (Arbeitskreis Jugendpsychiatrie im MH) am 21.6.1990
- ▶ Amt für Jugend - Kinder- und Jugendnotdienst
- Einzelinterview (Herr Schmidt) am 25.6.1990
- ▶ Amt für Jugend - Erziehungssachgebiet
- Datenrückmeldung und Diskussion am 27.6.1990

Über die hier aufgeführten Interviews hinaus gab es eine Reihe weiterer informeller Gespräche und Diskussionen mit unterschiedlichen Fachkräften von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, die ebenfalls Eingang in die Darstellungen und Auswertungen der Interviews (vgl. Kapitel 5) finden. An dieser Stelle möchte ich mich noch einmal herzlich bei allen InterviewpartnerInnen für ihre Bereitschaft zur Mitarbeit bedanken.

### *Biographische Fallgeschichten*

Im letzten Untersuchungsabschnitt wurden zwei Einzelfallberichte über junge Menschen erstellt, die Kontakt mit der Jugendpsychiatrie hatten und deren Problemlage die Jugendhilfe an ihre Grenzen gebracht hat. Ziel dieses Untersuchungsschrittes war es, in Form offener, biographischer Interviews mit den jungen Menschen deren Einschätzungen, subjektive Wahrnehmungen und Interpretationen zu ihrer eigenen Lebensgeschichte und den darin aufgetretenen pädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfeinstanzen aufzuspüren und zu beschreiben.

Während die in der Untersuchung den Fallstudien vorausgehenden Schritte (Aktenanalyse, Fachkräfteinterviews) dem Ziel gelten, Aussagen über allgemeine und regelhafte Phänomene im Schnittbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zu gewinnen, haben wir mit den biographischen Fallstudien eher die nicht unbedingt generalisierbaren subjektiven Erlebenszusammenhänge im Blick. Mit dem Schritt zu den biographischen Interviews und den darauf basierenden Fallstudien sollte also eine qualitative Ergänzung zu den ansonsten eher quantitativen empirischen Methoden gesucht werden.

Uns interessierte, wie einzelne Jugendliche die Überweisung an und den Wechsel zwischen stationären Hilfeinstanzen erlebt haben und wie sie diese Situation vor dem Hintergrund ihrer biographischen Weiterentwicklung heute interpretieren. Es kam uns darauf an, durch die exemplarische Schilderung der Einzelfälle mögliche subjektive Wirkungen institutioneller Handlungen und Entscheidungen zu illustrieren und damit ggf. dazu beizutragen, die Urteilsfähigkeit für Entscheidungen im psychiatrischen und pädagogischen Handlungsfeld zu fördern und zu schärfen.

Die Interviews erfolgten in Form offener, narrativer Gespräche, wobei allerdings ein Schwerpunkt auf die institutionellen Reaktionen bzw. Entscheidungen von jugendpsychiatrischen und Jugendhilfe-Einrichtungen und deren Fachkräfte gelegt wurde.

Neben den Interviews mit den Betroffenen wurden mit deren Einwilligung begleitend Interviews mit Schlüsselpersonen in der Lebensgeschichte des jungen Menschen (ehemalige Betreuerinnen) geführt und Einsichten in Akten (Entwicklungsberichte, Gutachten) genommen. Dies erschien uns wünschenswert, da zur Rekonstruktion von Entscheidungs- und Überweisungsprozessen sowohl die »objektiven« Ereignisse und

fachlichen Begründungen, als auch die subjektiven Verarbeitungsformen und Interpretationen von Interesse sind (vgl. Freigang 1986).

Die Fallstudien erheben bei alledem nicht den Anspruch, quasi eine »Meta-Diagnose« unter Einbezug der beteiligten Institutionen und Fachkräfte vorzunehmen, sondern sollen lediglich »objektiv« wirksame Entscheidungen mit subjektivem Erleben konfrontieren.

Die Auswahl der jungen Menschen für die Fallstudien wurde vom jugendpsychiatrischen Dienst des Amtes für Jugend vorgenommen. Von dieser Seite waren drei junge Menschen für eine Fallanalyse vorgeschlagen worden. Zwei junge Erwachsene, zu denen über ihre (ehemaligen) Betreuerinnen Kontakt hergestellt wurde, waren zu den biographischen Interviews bereit und erklärten darüber hinaus schriftlich ihr Einverständnis, in die Betreuungsakte des Heimes einsehen zu dürfen, sowie einzelne, von ihnen namentlich genannte, ehemalige Betreuungspersonen zu befragen. Bei dem dritten noch nicht volljährigen Jugendlichen wurde eine Befragung von seiten des zuständigen Vormundes und des Betreuers abgelehnt, da sie die gerade stabilisierte Lebensphase des betroffenen Jugendlichen durch die Befragung zu seinen institutionellen Ausgrenzungserlebnissen gefährdet sahen und unabwägbare Auswirkungen eines solchen Interviews auf den Jugendlichen möglichst vermeiden wollten.

Die Interviews mit den beiden jungen Erwachsenen wurden mit deren Einverständnis auf Tonband aufgenommen und transkribiert.

Der Fallgeschichte von Peter<sup>3</sup> liegt ein Interview mit ihm selbst, seiner aktuellen Beraterin in der flexiblen Betreuung und dem Sachbearbeiter im Erziehungssachgebiet sowie die Betreuungsakte des Heimes zugrunde. Ein weiteres Interview mit einem ehemaligen Betreuer, welchen Peter vorgeschlagen hatte, konnte aufgrund dessen Auslandsaufenthaltes nicht durchgeführt werden.

Der Fallgeschichte von Stefanie liegt ein Interview mit ihr selbst und der Erzieherin ihres früheren Heimes sowie ebenfalls die dort geführte Heimakte zugrunde. Weitere Interviewpartner wurden von Stefanie nicht benannt. Mit beiden jungen Erwachsenen wurden außerhalb der Interviews mehrere informelle Gespräche geführt, die natürlich ebenfalls in die Fallbeschreibungen einfließen.

---

<sup>3</sup> Dieser und der folgende Name wurden geändert.

## 4 QUANTITATIVER STELLENWERT INSTITUTIONELLER INTERVENTIONS- UND BETREUUNGSFORMEN IN HAMBURG

### 4.1 Quantitative Entwicklungslinien stationärer Unterbringungsformen in Hamburg

Leider konnte die in der ursprünglichen Projektplanung vorgesehene Voruntersuchung mit dem Ziel einer qualitativen und quantitativen Bestandsaufnahme der stationären Interventionen in Hamburg nicht in der vorgesehenen Form realisiert werden. Dennoch hielten wir diesen Bereich - insbesondere was die quantitative Dimension angeht - für sehr wichtig, da immer wieder Vermutungen und Überlegungen auftauchen, daß eine qualitative Veränderung eines Bereiches zu vermehrter oder verminderter Inanspruchnahme anderer Systeme führe.

In Hamburg hat vor allem die Aufhebung der geschlossenen Unterbringung im Rahmen der Heimerziehung 1980 und damit das Kappen der repressiven Enden im Jugendhilfesystem von Anfang an zu der Vermutung geführt, daß andere Instanzen (Jugendpsychiatrie, Jugendstrafvollzug) die vormals geschlossen untergebrachten Jugendlichen »auffangen« würden. Der Verzicht auf die Möglichkeit der geschlossenen Unterbringung im Rahmen der Jugendhilfe - so die häufig geäußerte These - würde zu einer Interventionsverlagerung führen, sei es in Richtung verstärkt polizeilich, juristischer Zugriffe (U-Haft, Jugendstrafvollzug), sei es in Form vermehrter oder verschärfter Krankheitszuschreibung im jugendpsychiatrischen Sinne (z.B. Dissozialität).

Tabelle 2 versucht auf der Grundlage zur Verfügung stehender sekundärstatistischer Daten die quantitative Entwicklung in den Bereichen Heimerziehung, Familienpflege, Jugendpsychiatrie und Jugendstrafvollzug/U-Haft in den Jahren 1979 bis 1989 nachzuzeichnen.

Die Tabelle verdeutlicht zunächst, daß sich die Zahl der Minderjährigen (unter 18 Jahre) in Hamburg von 1979 bis 1988 um ca. 80.000 (25%) verringert hat. Die Zahl der im Rahmen von *Heimerziehung* untergebrachten Kinder und Jugendlichen sank im gleichen Zeitraum um etwa 800 und verringerte sich damit überproportional von ca. 8 Promille auf etwa 7 Promille. Der absolute Rückgang der Unterbringungen in Heimen geht zum großen Teil einher mit der Halbierung der staatlichen Heimplätze von ca. 1.600 auf 800 in der Zeit von 1979 bis 1988 (Peters 1990, S. 155) (näheres zur Heimreform in Hamburg vgl. auch Peters 1988).

Tabelle 2: Entwicklung stationärer Unterbringungsformen für Minderjährige in Hamburg in öffentlicher Erziehung, Pflegefamilien, jugendpsychiatrischen Kliniken und Jugendstrafvollzug/U-Haft (1979-1989)

Jahr	<18 Jahre am 31.12.	in öffentl. Erziehung am 31.12. (incl. Junge Volljährige)		in Familien		Pflegekinder i. d. Bezirken (Dauerpflege) am 31.12.		Jahresfallzahl i. stat. Jugendpsychiatrie		Unterbringungen von < 20-jährigen in AKO <sup>1)</sup> (Jahresfallzahl)		Untersuchungshaft (Jahresfallzahl)			Jugendstrafvollzug Jugendstrafanstalt Hahnöfersand			
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	KH <sup>2)</sup>	ges.	<20 Jahre	davon: <18 Jahre	14-15jähr.	16-17jähr.	gesamt	14-15jähr.	16-17jähr.	gesamt
1979	315.027	2.545	8,1	604	1,9			105			17		21	85	106	7	24	31
1980	307.033	2.381	7,8	570	1,9			125			29		9	89	98	6	29	35
1981	295.876	2.168	7,3	570	1,9			132			14		16	89	105	6	27	33
1982	283.598	2.020	7,1	523	1,8			114			10		40	125	165	8	34	42
1983	270.380	1.848	6,8	499	1,8			124			6		22	94	116	5	45	50
1984	255.856	1.686	6,6	496	1,9			91			14		49	90	139	3	25	28
1985	245.021	1.615	6,6	425	1,7	484	2,0	101			23		39	83	122	7	25	32
1986	237.061	1.626	6,9	452	1,9	481	2,0	86			34		41	90	131	5	15	20
1987	235.815	1.568	6,6	463	2,0	518	2,2	75	73	148	29		37	100	137	3	18	21
1988	237.331	1.675	7,1	465	2,0	521	2,2	93	70	163	22	4	25	111	136	1	20	21
1989		1.754		469		483		87	71	158	27	7				3	9	12

1) Universitätsklinikum Eppendorf (Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie) (24 Betten)  
 2) Kinderkrankehaus Wilhelmsstift (Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie) (32 Betten)  
 3) Allgemeinkrankenhaus Ochsenzoll (Abt. für Psychiatrie)

Quellen:

- Statistisches Landesamt Hamburg
- Jugendhilfestatistik, Meldungen der Jugendämter zu Berichtsbogen 18 (Pflegekinder in den Bezirken)
- Jugendhilfestatistik (J241-15/28.2.1990)
- Eigenangaben der Kliniken (Universitätsklinikum Eppendorf, Kinderkrankehaus Wilhelmsstift, AKO Ochsenzoll) 1990
- Justizbehörde Hamburg - Strafvollzugsamt
- eigene Berechnungen



Seit 1987 ist wieder ein absoluter und prozentualer Anstieg der Heimunterbringungszahlen zu verzeichnen. Von 1987 auf 1988 stieg die Zahl der in Heimen untergebrachten jungen Menschen um 6,8% (31.12.1987=100) und auf 1989 um weitere 4,7%. Dieser Anstieg ist mit der demographischen Wende - seit 1988 steigt die absolute Zahl der unter 18jährigen in Hamburg wieder leicht an - nicht zu erklären. Nach Angaben der Mitarbeiter/innen im Erziehungssachgebiet liegt der Grund vielmehr in der hohen Zahl von unbegleiteten Flüchtlingskindern, die inzwischen etwa 10% der Neuaufnahmen in öffentlicher Erziehung ausmachen. Läßt man diese Spezialproblematik außer Betracht, ist eher ein weiterer Rückgang Hamburger Kinder und Jugendlicher in öffentlicher (Heim-)Erziehung zu konstatieren.

Für den Bereich der *Familienunterbringungen im Rahmen der öffentlichen Erziehung* gibt es keine nennenswerten, von der demographischen Entwicklung abweichenden Veränderungen. Er liegt für den gesamten Zeitraum bei oder leicht unter 2 Promille der unter 18jährigen Wohnbevölkerung. Für die *Pflegestellenunterbringungen in den Bezirken*, die ebenfalls etwa bei 2 Promille liegen, standen uns leider nur Zahlen seit 1985 zur Verfügung, so daß über den betrachteten Gesamtzeitraum nicht ersichtlich ist, ob sich hier Veränderungen ergeben haben.

Nimmt man z.B. für das Jahr 1988 die Pflegestellenunterbringungen zusammen, ergibt sich, daß sie 37% (986 von 2.661) der gesamten Erziehung außerhalb der eigenen Familie ausmachen. Der Anteil der Pflegestellen an der gesamten Fremdunterbringung entspricht damit etwa der Quote von 40%, wie sie z.B. die Kreisfreien (Stadt-)Jugendämter in Westfalen-Lippe aufweisen (max.: Bielefeld 54%; min.: Herne 27%) (vgl. Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1987, S. 124).

Für den Bereich der *stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie* liegen leider nur Zahlen aus dem Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) für den Gesamtzeitraum der letzten 10 Jahre vor. Das Wilhelmstift konnte bisher nur die Unterbringungszahlen der letzten drei Jahre ermitteln. Die in der Tabelle 2 enthaltenen Jahresfallzahlen jugendpsychiatrischer Kliniken dürfen dabei nicht direkt mit den Stichtagsdaten der Heim- und Pflegestellenunterbringung verglichen werden. Zu einem gegebenen Stichtag liegt die maximale Unterbringungshöhe in den Kliniken bei 56 jungen Menschen (Zahl der Klinikplätze in Hamburg).

Bei der Betrachtung der Jahresfallzahlen ergibt sich für das UKE ein Rückgang zwischen 1979 und 1989, der etwa in Höhe des demographischen Trends liegt. Allerdings geht der Rückgang der Fallzahlen mit einem leichten Anstieg der Aufenthaltsdauer einher (vgl. Tabelle 3). Betrug die Aufenthaltsdauer von 1979 bis 1984 noch durchschnittlich 47,3 Tage pro Kind/Jugendlichem, so stieg sie für die Zeit von 1985-1989 um 29% auf durchschnittlich 61 Tage pro Kind/Jugendlichem an.

**Tabelle 3: Fallzahlen und Verweildauer im UKE 1979-1989**  
(Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie)

Jahr	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Fallzahl	105	125	132	114	124	91	101	86	75	93	87
durchschnittl. Verweildauer (Tage)	48,2	34,9	38,7	49,7	49,2	70,0	61,4	45,1	82,8	61,5	56,7

Für das Wilhelmstift liegen vergleichbare Zahlen nur für die Jahre 1987 bis 1989 vor. Die Zahl der betreuten minderjährigen Patient/innen pro Jahr liegt trotz der höheren Platzzahl niedriger als im UKE. Dies liegt an der konzeptionell bedingt wesentlich höheren Verweildauer, die für die Jahre 1987 bis 1989 mit durchschnittlich 148 Tagen pro Minderjährigem/Minderjähriger angegeben wird.

Bezogen auf die Gesamtplatzzahl von 56 Plätzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg (UKE=24; Wilhelmstift=32) bietet sich an, diese Versorgungsgröße mit den »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen/psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich« (BMJFFG 1988) zu vergleichen. Nähme man die Empfehlungen dieser Kommission zum Maßstab (50-80 jugendpsychiatrische Klinikplätze für 100.000 bis 150.000 Minderjährige, Vgl. S.34ff), erreicht das Platzangebot in Hamburg weniger als die Hälfte des geforderten Soll. Zieht man weiterhin in Betracht, daß nach Aussagen des Klinikpersonals im Wilhelmstift ca. 30% ( $\approx 10$  Plätze) der jungen Menschen in der Klinik aus Niedersachsen und Schleswig-Holstein kommen, verringert sich die Zahl der Klinikplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie allein auf Hamburg bezogen noch einmal nicht unerheblich.

Hier sei im Vorgriff auf die Darstellung der Ergebnisse der durchgeführten Interviews schon darauf hingewiesen, daß *alle* befragten Fachkräfte der Jugendhilfe *und* der Kinder- und Jugendpsychiatrie übereinstimmend die Auffassung vertraten, daß das Platzangebot ausreichend und angemessen für Hamburg sei. Die Forderungen der Expertenkommission können vor diesem Hintergrund aus Hamburger Sicht nur als weit überzogen charakterisiert werden. Nach Meinung der Fachkräfte sei die Vielzahl andernorts erfolgreicher Unterbringungen in jugendpsychiatrischen Kliniken oft ein Zeichen mangelnder Angebote im ambulanten Bereich. In Hamburg dagegen verfüge man über ein sehr gut ausgebautes Netz ambulanter jugendpsychiatrischer Dienste.

Wie unterschiedlich die Versorgungsstruktur mit stationären jugendpsychiatrischen Plätzen in verschiedenen Bundesländern ausgestaltet ist, zeigt ein Vergleich mit Westfalen-Lippe. Tabelle 4 stellt bezüglich der Versorgungsrelation mit Heim- und Klinikplätzen einen Vergleich zwischen Hamburg und Westfalen-Lippe her. Während in Westfalen-Lippe das Verhältnis der Platzzahlen Heim - Klinik etwa 8 : 1 beträgt, liegt es in Hamburg bei 30:1.

Anders als in anderen Bundesländern gibt es in Hamburg zudem keine jugendpsychiatrische Pflichtversorgung,<sup>4</sup> d.h. die jugendpsychiatrischen Kliniken sind u.a. nicht zu Maßnahmen verpflichtet, die gegen den Willen der Betroffenen aufgrund des Hamburger PsychKG (insbesondere nach § 31 - sofortige Unterbringung) erfolgen.

Die Pflichtversorgung wird durch die psychiatrische Abteilung des AK Ochsenzoll wahrgenommen. Die Zahlen ergeben für dieses Krankenhaus eine durchschnittliche Fallzahl pro Jahr von 20 unter 20jährigen.

Nur für die Jahre 1988 und 1989 lagen die Zahlen der eingewiesenen unter 18jährigen vor. Auf der Grundlage dieser Zahlen kann man davon ausgehen, daß jährlich maximal

---

<sup>4</sup> Der Pflichtversorgungsauftrag bedeutet, daß das entsprechende Krankenhaus verpflichtet ist, »jedes krankenhauspflegebedürftige Kind bzw. jeden Jugendlichen aus dem Aufnahmegebiet aufzunehmen. Zur Versorgungspflicht gehören insbesondere Kinder und Jugendliche, die zur geschlossenen Unterbringung z.B. nach dem PsychKG, JGG oder dem StGB eingewiesen werden« (Landschaftsverband Westfalen-Lippe 1985, S.11).

10 Jugendliche von dieser Erwachsenen-Psychiatrie aufgenommen werden. Häufig kommt es entweder in den auf die Aufnahme folgenden Tagen wieder zur Entlassung oder zur Überweisung an eine jugendpsychiatrische Klinik zur weiteren Behandlung. Seit kurzem ist dieses Überweisungsverfahren institutionell geregelt.

Tabelle 4: Versorgungsquote mit Heim- und Klinikplätzen

	Westfalen-Lippe 1.707.000 < 18jährige		Hamburg 237.000 < 18jährige	
	Zahl der Plätze	ein Platz kommt auf ... Minderjährige	Zahl der Plätze	ein Platz kommt auf ... Minderjährige
Kinder- und Jugendpsychiatrie (ohne geistig Behinderte)	730	2.338	56	4.232
Heimerziehung	≈ 5.995 (belegt am 1.1.87)	285	≈ 1.675 (belegt am 31.12.88)	141

Quelle: Gintzel/Schöne 1989; Statistisches Jahrbuch, Beiträge zur Statistik des Landes NRW 1988; eigene Berechnungen

Wieweit sich hinter den oben genannten Aufnahmen von unter 20jährigen auch direkte Überweisungen aus der Jugendpsychiatrie in den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie verbergen, bleibt unklar. Das vorliegende Zahlenmaterial läßt leider keine Rückschlüsse darauf zu, ob, auf welchen Wegen und in welchem Umfang Jugendliche und junge Erwachsene über die Kinder- und Jugendpsychiatrie den Weg in die Erwachsenenpsychiatrie nehmen. Hier böte sich an, ähnliche Verlaufsstudien durchzuführen, wie sie Krausz über mindestens fünf Jahre an 59 Jugendlichen durchgeführt hat, die an schizophrenen Symptomen erkrankt waren und die zwischen 1972 und 1974 im Universitätskrankenhaus Eppendorf aufgenommen worden waren (Krausz 1990).

In wie vielen Fällen sich nach einer Erstaufnahme in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung ein längerfristiger Hospitalisierungsprozeß im Rahmen von Erwachsenenpsychiatrien anschließt (vgl. Köttgen/Kretzer 1990, S. 90), ließe sich nur retrospektiv in den Erwachsenenpsychiatrien erheben. Die Interviews in den jugendpsychiatrischen Kliniken (vgl. Kapitel 5.1) ergaben keinen Hinweis darauf, daß dies aktuell als eine besondere Problematik gesehen wird.

Als letzter Teilbereich institutioneller Unterbringung soll der Bereich Jugendstrafvollzug/U-Haft kurz in den Blick genommen werden. Häufig - auch in den durchgeführten Interviews - wurde die Vermutung geäußert, daß der Hamburger Verzicht auf geschlossene Unterbringung im Rahmen von Heimerziehung und jugendpsychiatrischen Kliniken bedeuten würde, daß es insbesondere bei den sogenannten dissozialen Jugendlichen vermehrt zu U-Haft und nach Gerichtsverfahren zu Jugendstrafen komme. Diesem Vorwurf trat die Behörde für Arbeit, Jugend und Soziales schon 1982 entgegen, indem sie feststellte:

»► auf Grundlage der Jugendgerichtshilfe-Statistik ließ sich ermitteln, daß der Anteil der Fälle von Jugendlichen, die schon einmal in öffentlicher Erziehung waren, zwischen 1974 und 1982 kontinuierlich von ca. 25% auf ca. 17% gesunken war. Die Aufhebung der gesicherten Unterbringung hatte augenscheinlich keinen - zumindest

keinen verstärkenden - Effekt auf die Kriminalitätsbelastung von Minderjährigen in Heimerziehung;

- ▶ die Zahl der U-Haft-Entscheidungen steigt zunächst nach Aufhebung der g.U., relativiert sich aber, wenn die verstärkte Zuführung von 14- und 15jährigen durch die Polizei mit dem Ziel der Inhaftierung mitbetrachtet wird« (Peters 1988, S. 147).

Wie Tabelle 2 zeigt, pendelt die Jahresfallzahl der Minderjährigen in U-Haft mit Ausnahme des Jahres 1982 zwischen 100 und 140.

Für den Bereich des Jugendstrafvollzuges läßt sich feststellen, daß die Zahl der inhaftierten Minderjährigen im Jahre 1983 zwar mit 50 Jugendlichen ihren Höhepunkt erreichte, in den darauffolgenden Jahren aber kontinuierlich zurückging, bis sie im Jahr 1989 mit 12 inhaftierten Jugendlichen ihren niedrigsten Stand überhaupt fand. Daß der Anstieg der Zahl der inhaftierten Jugendlichen bis 1983 (analog des Anstiegs der U-Haft 1982, s.o.) eine indirekte Folge der Aufhebung der geschlossenen Unterbringung ist, ist zumindest nicht völlig auszuschließen; die dann aber rapide sinkenden Zahlen zeigen jedoch, daß offensichtlich auch im Rahmen der Jugendstrafrechtspflege inzwischen alternative Lösungen entwickelt worden sind.

Zum Zeitpunkt 31.3.1988 (Stichtag) waren z.B. in Hamburg 124 junge Menschen in Jugendstrafanstalten inhaftiert, davon 10 Jugendliche unter 18 Jahre (drei 16jährige und sieben 17jährige). Diese 10 Jugendlichen befanden sich ausnahmslos in offenem Vollzug. Auch wenn sich vorübergehend ein Anstieg der Inhaftiertenzahlen Anfang der 80er Jahre konstatieren läßt, zeigt die Entwicklung der Jahresfallzahlen über die letzten 10 Jahre, daß der Verzicht auf geschlossene Unterbringung im Rahmen von Heimerziehung und Jugendpsychiatrie nicht zu früheren und schärferen Reaktionen der Polizei/Justiz gegenüber Jugendlichen führen muß. Im Gegenteil mag der Verzicht auf sozialpädagogisch oder jugendpsychiatrisch begründetes Einschließen von Jugendlichen sogar auch für die Strafjustiz ein Ansporn gewesen sein, auf einschließende Maßnahmen mehr und mehr zu verzichten.

Als Fazit zur hier vorgenommenen Längsschnittbetrachtung zur Fallzahlenentwicklung institutioneller Interventionen im Jugendalter läßt sich also festhalten, daß der Verzicht auf geschlossene Unterbringung entgegen der anfangs referierten These - zumindest quantitativ - weder zu vermehrtem Zugriff der Jugendgerichtsbarkeit noch zu vermehrten oder verschärften jugendpsychiatrischen Krankheitszuschreibungen geführt hat.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup>Diese Aussage wird auch nicht widerlegt durch den - erst nach Abschluß dieser Studie vorgelegten - Aufsatz von H. Kowerk mit dem Titel: »Veränderungen in der Häufigkeit des Freiheitentzuges bei stationärer psychiatrischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung in Hamburg.« (Kowerk 1991). Kowerk analysiert 542 Krankenakten und vergleicht die Häufigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen in der Klinik in den Jahren 1976 - 78 und 1985 - 87. Kowerk kommt zu dem Schluß: »Im Ergebnis zeigte sich ein überproportionaler Anstieg der Rate freiheitsentziehender Maßnahmen bei den Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung« (S.36).

Hierzu ist anzumerken:

1. Die Zahl der Klinikaufnahmen nahm 1985 - 87 gegenüber 1976- 78 insgesamt um 40% ab (von 339 auf 203). Während die Zahl der Minderjährigen *ohne* Heimerfahrung um 39% (von 286 auf 175) zurückging, ging die Zahl der Kinder *mit* Heimerfahrung um 47% (von 53 auf 28) zurück.

#### 4.2 Stichtagserhebung in den jugendpsychiatrischen Kliniken

Im Verlauf der Interviews in den Kliniken (Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Kinderkrankenhaus Wilhelmstift) wurde mit den jeweiligen GesprächspartnerInnen vereinbart, eine Stichtagserhebung der betreuten Klientel analog der 1988 in Westfalen-Lippe durchgeführten Erhebung vorzunehmen (vgl. *Gintzel/Schone* 1989, S. 71 ff). Der hierzu verwandte Fragebogen gliedert sich in zwei Teile:

- o einen organisationsbezogenen Fragenteil zu
  - personeller Ausstattung,
  - Formen der Kooperation mit Heimen der Jugendhilfe;
- o einen Fragenteil zur Klientel der Stationen zu
  - Alter und Geschlecht der Kinder und Jugendlichen,
  - Kostenträgern,
  - Lebensfeldwechseln und Heimerfahrung der Kinder und Jugendlichen.

#### *Zur personellen Ausstattung und zur Kooperation*

Die personelle Situation im Wilhelmstift sieht für 32 Kinder und Jugendliche in 4 Gruppen der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung folgende Planstellen vor:

- 24 ErzieherInnen, Krankenschwestern/Krankenpfleger (jeweils 2 betreuende Personen auf jeder Station sollen laut Stellenplan aus dem Pflegebereich kommen)
- 1 SozialarbeiterIn als ErziehungsleiterIn
- 0,5 SozialarbeiterIn als VermittlerIn zum Jugendamt
- 1 MusiktherapeutIn

- 
2. Die Kategorie 'mit Heimerfahrung' bedeutet offensichtlich nicht, daß diese Kinder direkt aus einem Heim kamen, sondern lediglich, daß sie irgendwann schon mal in einem Heim waren.
  3. Der Autor betont: »Gründe für freiheitsentziehende bzw. -beschränkende Maßnahmen waren ausschließlich Selbst- und Fremdgefährdungen im Zusammenhang mit einem psychiatrisch definierbaren Symptom« (S.40). Er räumt ein, daß bei der Quote der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Klinik sowohl kurzfristige (wie kurz? R.S.) Freiheitsbeschränkungen als auch Freiheitsbeschränkungen aufgrund freiwilliger Vereinbarung enthalten sind.

Unter diesen Prämissen kommt Kowerk zu dem Ergebnis, daß die Quote freiheitsbeschränkender Maßnahmen in der Klinik insgesamt um 14% und bei Minderjährigen mit Heimerfahrung um 24% gestiegen sei. Da im Zeitraum 1985 - 1987 nur 28 von 203 Minderjährigen in der Klinik Heimerfahrung hatten, bedeutet diese Überrepräsentanz von 10% absolut (10% von 28) 3 Fälle!!! in drei Jahren. Der vom Autor vorgenommene Rückschluß auf einen Zusammenhang dieses »Ergebnisses« mit der Abschaffung der geschlossenen Unterbringung in Hamburg ist - gerade unter Berücksichtigung der o.g. Einschränkungen - nicht nachvollziehbar.

- 2,5 LehrerInnen (die LehrerInnen sind von der Schulbehörde an die Einrichtung delegiert. Sie gehören dort zur Abteilung Haus- und Krankenhausunterricht)
- 1 BeschäftigungstherapeutIn
- 1 TischlerIn/1 SchlosserIn (zur Zeit nicht besetzt)
- 3 PsychologInnen (2 davon im Stationsdienst, 1 in konsiliarischer Tätigkeit)
- 4 Ärzte/Ärztinnen (1 Chefarzt/Chefärztin, 1 Oberarzt/Oberärztin, 2 weitere Ärzte/Ärztinnen).

Jede der acht Plätze umfassenden Stationen ist also mit 6 pflegerischen/pädagogischen Kräften besetzt. Der Schlüssel beträgt also in diesem Bereich 1:1,3. Im therapeutischen und stationsübergreifenden Bereich stehen weitere 14 Stellen zur Verfügung (1:2,3). Das Gesamtverhältnis von Fachpersonal zu betreuten Kindern/Jugendlichen liegt damit bei 1:0,8.

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des UKE stellt sich das Personalverhältnis sogar noch etwas günstiger dar. In der Station 1 (8 Plätze bis ca. 15 Jahre) arbeiten 4 Krankenschwestern/-pfleger und 4 Erzieherinnen. In der Station 2 (16 Plätze für Jugendliche ab ca. 16 Jahre) arbeiten 11 Krankenschwestern/-pfleger, eine Erzieherin und zwei SozialarbeiterInnen. Der Personalschlüssel beträgt also hier im pflegerischen/pädagogischen Bereich 1:1,1.

Darüberhinaus sind im therapeutischen und stationsübergreifenden Bereich beschäftigt:

- 2 FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3 ÄrztInnen in der Fachausbildung
- 3 PsychologInnen
- 9 Dipl.Päd./Soz.arb./Soz.päd.
- 2 LehrerInnen

Dies entspricht einem Personal-Klientel-Verhältnis von 1:1,3. Das Gesamtverhältnis von Fachpersonal zu betreuten Kindern/Jugendlichen liegt damit im UKE bei 1:0,6.

Bezüglich ihrer Zusammenarbeit mit Heimen der Jugendhilfe geben beide Einrichtungen an, daß es eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit Heimen im Rahmen konsiliarischer Betreuung oder im Rahmen der Durchführung von Therapien in Heimen nicht gibt. Die Zusammenarbeit umfaßt vielmehr die fallbezogene Kooperation im Einzelfall. Bei Bedarf geschehe die Zusammenarbeit hier in Form von gemeinsamen Besprechungen, von Austausch oder Supervision über PatientInnen im Heim oder in der Klinik, insbesondere in Verbindung mit der Vorbereitung einer Heimunterbringung nach Klinikentlassung (Wilhelmstift). Vom UKE wird darüberhinaus angemerkt, daß die Klinikambulanz auch von Heimen in Anspruch genommen werde, und daß KlinikmitarbeiterInnen Beratungs- und Fortbildungsangebote für Heime machen.

### *Zur Klientel*

Die Stationen wurden gebeten, jeweils den Tag der Fragebogenbearbeitung als Stichtag zu nehmen, so daß das folgende Material etwa den Belegungsstand März/April 1990 der beiden befragten Kliniken widerspiegelt. Da sich alle Stationen an dieser Befragung beteiligten, erhielten wir differenzierte Angaben zu 54 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bezüglich ihres Aufenthaltsortes vor der Aufnahme in der Klinik und bezüglich ihrer stationären Vorerfahrungen.

Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden 26 Jungen und 28 Mädchen in den Kliniken betreut. Die in Westfalen-Lippe beobachtete starke Überrepräsentanz von Jungen in jugend-

psychiatrischen Kliniken (70%) läßt sich also für Hamburg nicht bestätigen. Interessant ist in diesem Zusammenhang jedoch eine nach Altersgruppen differenzierte Betrachtung, die uns vom Wilhelmstift zur Verfügung gestellt wurde.

Tabelle 5 zeigt, daß die insgesamt ausgeglichene Geschlechtsverteilung sich in den einzelnen Altersgruppen nicht wiederfindet. Während bei den unter 14jährigen die Jungen zu fast zwei Dritteln überrepräsentiert sind, kehrt sich diese Verteilung bei den 17- bis 18jährigen völlig um. Hier machen die Jungen nur noch ein Drittel der Altersgruppe aus.

**Tabelle 5: Belegung im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift 1987-1989 nach Altersgruppen und Geschlecht**

	0-14 Jahre	15-16 Jahre	17-19 Jahre	gesamt
Jungen	76	26	22	124
Mädchen	42	33	45	120
gesamt	118	59	67	244

Für die Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung des UKE gibt es leider kein analoges Datenmaterial. Über den Zeitraum der letzten 10 Jahre wird das Geschlechterverhältnis über alle Altersgruppen hinweg auf 53 % Jungen und 47 % Mädchen geschätzt.

Im folgenden soll ein Vergleich zwischen der Klientel jugendpsychiatrischer Kliniken in Westfalen-Lippe - hier lagen im Rahmen der Stichtagserhebung Angaben zu 334 jungen Menschen vor - und Hamburg gezogen werden. Wir haben die Unterschiede in der Versorgungsstruktur mit stationären Betreuungsangeboten an Heimen und Kliniken in den Regionen bereits unter Punkt 4.1 (vgl. Tabelle 4) herausgestellt.

Tabelle 6 stellt zunächst dar, woher (von welchem Lebensort) die Aufnahme in die Klinik erfolgt ist.

Während in Westfalen-Lippe mehr als jede/jeder 10. Jugendliche in der Klinik direkt aus einem Heim hierher kam, ist dies in Hamburg nur bei jedem 25. Jugendlichen der Fall. Zieht man hierbei einerseits noch die Vermutung in Betracht, daß die Zahlen in Westfalen-Lippe eher höher liegen (eine der beiden Pflichtversorgungseinrichtungen hatte sich an der Befragung nicht beteiligt), und daß die Platzkapazität der Hamburger Jugendpsychiatrie gemessen an den Heimplätzen um fast das Vierfache unter dem Westfalen-Lippes liegt (siehe oben), wird deutlich, daß sich die Zusammenarbeit zwischen Heimerziehung und stationärer Jugendpsychiatrie auf einem quantitativ wie qualitativ völlig anderen Niveau bewegt.

Tabelle 6: Aufenthaltsort vor der Aufnahme in die Klinik

	Westfalen-Lippe		Hamburg	
	abs.	%	abs.	%
Herkunftsfamilie	259	78	49	91
Heime	37	11	2	4
Pflegefamilie	11	3	-	-
Sonstiges	26	8	3	6
Gesamt	334	100	54	101*

\* Aufrundungsdifferenz: 1%

Gestützt wird dies auch durch Tabelle 7, die zeigt, über welche stationären Vorerfahrungen die Kinder und Jugendlichen in den Kliniken verfügen. Hier überrascht zunächst, daß zum Stichtag kein Kind/Jugendlicher in den Hamburger Kliniken Erfahrungen in Pflegefamilien hat, wohingegen in Westfalen-Lippe ein erheblicher Anteil der jungen Menschen (10%) bereits im Rahmen von Pflegefamilien betreut wurde.

Für den Bereich der Vorerfahrungen in Heimen ergibt sich, daß in Hamburg zum Stichtag nur etwa halb so viele Kinder in den Kliniken über Heimerfahrung verfügen, wie in Westfalen-Lippe. Auch dieses Ergebnis gewinnt seine besondere Bedeutung wieder im Lichte der eben skizzierten Unterschiede in der Versorgungsstruktur mit Heim- und Klinikplätzen in den beiden Regionen.

Hier wie dort ist auffallend, daß etwa ein Viertel bis ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen nicht zum ersten Mal in der Klinik ist und daß 7% (Hamburg) bis 10% (Westfalen-Lippe) der Kinder und Jugendlichen vor ihrem derzeitigen Klinikaufenthalt schon mehrfach klinisch behandelt wurden.

Tabelle 7: Vorerfahrungen in Pflegefamilien, Heimen und jugendpsychiatrischen Kliniken

Vorerfahrungen in	Westfalen-Lippe n = 334		Hamburg n = 54	
	abs.	%	abs.	%
Pflegefamilien	33	10	-	-
→ davon mehrmals	7	2	-	-
Heimen	45	13	4	7
→ davon mehrmals	16	5	3	6
jugendpsych. Kliniken	73	22	13	24
→ davon mehrmals	32	10	4	7

Die Frage, wieviele der in Kliniken stationär betreuten jungen Menschen bereits eine ambulante jugendpsychiatrische Behandlung erfahren haben, ergab, daß in Hamburg 27 der 54 (50%) betreuten Kinder und Jugendlichen vor ihrem Klinikaufenthalt von ambulanten jugendpsychiatrischen Angeboten erfaßt wurden. In Westfalen-Lippe waren dieses von allen jungen Menschen in Kliniken nur 20% (68 von 334). Bedenkt man hier wiederum, daß ein großer Teil dieser ambulanten Betreuungen im Rahmen von Klinikambulanzen (Vorschaltambulanzen) erfolgte, sinkt der Prozentsatz bezogen auf klinikunabhängige ambulante Betreuung in Westfalen-Lippe sicher auf weit unter 10%.

Zur wechselseitigen Überweisung von Kindern und Jugendlichen zwischen Heimen und Kliniken gaben die befragten Klinikfachkräfte übereinstimmend an, daß die Zahl der Übergänge von der Klinik in ein Heim wesentlich höher sei als umgekehrt. In Tabelle 6 wurde schon deutlich, daß nur zwei der zum Stichtag betreuten (54) jungen



Menschen direkt aus Heimen aufgenommen wurden. Das UKE gibt an, im ersten Halbjahr 1984 fünf Jugendliche aus Heimen aufgenommen und 10 Jugendliche in Heime entlassen zu haben. Für das Wilhelmstift wird angegeben, daß zum Zeitpunkt der durchgeführten Befragung für acht der 32 betreuten jungen Menschen eine Heimunterbringung geplant bzw. absehbar ist (Bei zwei von ihnen über das Amt für Rehabilitation).

Die jugendpsychiatrischen Kliniken übernehmen - wie diese Zahlen zeigen - relativ häufig Clearing-Aufgaben, indem sie Kinder und Jugendliche aus ihren Familien aufnehmen und im Verlauf der Betreuung mit den Jugendlichen bzw. deren Eltern herausarbeiten, daß nicht die Jugendpsychiatrie, sondern eher ein längerfristiger Wechsel der betroffenen jungen Menschen an einen alternativen Lebensort (Heim) die Chance zur Problembewältigung bietet. Ein befragter Klinikmitarbeiter charakterisierte für diesen Teil der Jugendlichen die Funktion der jugendpsychiatrischen Klinik als »Übergangsheim«. Auf die mit dieser von den Kliniken ungewollten Funktion verbundenen Probleme (Heimplatzsuche und -vermittlung) soll in Kapitel 5.1 näher eingegangen werden.

#### *4.3 Heimplatzvermittlung und jugendpsychiatrische Vorerfahrung*

Die Auswahlkriterien für die in die Analyse einbezogenen Akten sind unter Punkt 3 dargestellt worden. Es wurden insgesamt 91 Akten ausgewertet; 27 davon von Kindern und Jugendlichen mit stationärer Vorerfahrung in jugendpsychiatrischen Kliniken. Wie schon beschrieben, erlaubt die durchgeführte Aktenanalyse keine Aussagen über die tatsächliche Größenordnung der Heimaufnahmen mit stationärer Jugendpsychiatrieerfahrung. Hierzu wäre eine Totalerhebung nötig gewesen, die allerdings den Rahmen dieser Studie gesprengt hätte.

Es wurden Akten von 45 Jungen (13 mit Psychiatrieerfahrung) und 46 Mädchen (14 mit Psychiatrieerfahrung) ausgewertet. Die Staatsangehörigkeit der 91 jungen Menschen war bei

- ▶ 79 deutsch,
- ▶ 4 EG-Staaten,
- ▶ 2 türkisch,
- ▶ 6 sonstige Staaten.

(Die Heimaufnahmen unbegleiteter Flüchtlingskinder blieben bei der Aktenanalyse unberücksichtigt.)

Die im folgenden vorgestellten Ergebnisse wurden im Rahmen einer Dienstbesprechung an die aktenführenden Kollegen und Kolleginnen des Erziehungssachgebietes im Amt für Jugend rückgekoppelt und mit ihnen diskutiert bzw. interpretiert.

Die Prozentangaben in den folgenden Tabellen sollen keine Repräsentativität der Ergebnisse suggerieren, sondern sie dienen nur der besseren Vergleichbarkeit von Ergebnissen, die bei der bloßen Verwendung absoluter Zahlen z.T. verloren ginge.

Zunächst zum Lebensort der Jugendlichen vor der Aufnahme im Heim und zu den vorausgegangenen Lebensfeldwechseln. Tabelle 8 zeigt, daß nur jede(r) vierte bis fünfte Jugendliche aus dem Haushalt der zusammenlebenden Eltern kam. Der weitaus größte Teil aller Kinder und Jugendlichen lebte nur noch mit einem leiblichen Elternteil (zumeist der Mutter) zusammen, häufig im Rahmen zusammengesetzter Familien (Stieffamilien) (vgl. Tabelle 10).

Gut ein Drittel der von uns untersuchten Kinder und Jugendlichen mit Vorerfahrungen in jugendpsychiatrischen Kliniken kam direkt aus den Kliniken ins Heim. Bei den anderen waren in der Regel (Zwischen-)Aufenthalte bei den Eltern zwischen Klinikentlassung und Heimaufnahme zwischengeschaltet.

Besonders augenfällig ist der hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen mit »sonstigen Aufenthalten«. Dahinter verbirgt sich der Aufenthalt in der Wohnung von Freunden-/Freundinnen (4 Jugendliche), Wohnungslosigkeit (3), Aufenthalt bei Verwandten (2), im Frauenhaus (2), im Krankenhaus (2) oder im Internat (1). Zwei Jugendliche befanden sich zum Zeitpunkt der Heimaufnahme auf Trebe.

Tabelle 8: Lebensort der vermittelten Minderjährigen zum Zeitpunkt der Heimaufnahme

Lebensort zum Zeitpunkt der Entscheidung	Minderjährige ohne Psychiatrieerfahrung		Minderjährige mit Psychiatrieerfahrung		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Haushalt beider Eltern	15	23	6	22	21	23
Haushalt der Mutter	23	36	8	30	31	34
Haushalt des Vaters	8	13	1	4	9	10
Pflegefamilie	3	5	-	-	3	3
Heim	-	-	1	4	1	1
Jugendpsych. Klinik	-	-	10	37	10	11
sonstiger Aufenthalt	15	23	1	4	16	18
gesamt	64		27		91	

Tabelle 9 gibt für die Minderjährigen mit stationärer Psychiatrieerfahrung einen Überblick über die der aktuellen Unterbringung vorausgegangenen Lebensorte.

Wir sehen an der Übersicht, daß die aktuelle Heimunterbringung (auf deren Zeitpunkt sich die Aktenanalyse bezog) für die Jugendlichen mit jugendpsychiatrischen Vorerfahrungen häufig schon eine Maßnahme in einem fortgeschrittenen Stadium institutioneller Intervention/Reaktion darstellte.

Betrachtet man nur die Aufenthalte, die länger als 3 Monate andauerten, ergibt sich für die »psychiatrieerfahrenen« Jugendlichen ein Durchschnitt von 3,1 Lebensfeldwechseln. Läßt man die Rückkehr in die eigene Familie nach längeren Heim-/Klinikaufenthalten nicht gelten, liegt die durchschnittliche Anzahl von Lebensfeldwechsel immer noch bei 2,5.

Zieht man den Vergleich zur Gruppe der nicht psychiatrieerfahrenen Jugendlichen heran, stellt man fest, daß bei 73 % (47 von 64) dieser Jugendlichen die Heimunterbringung der erste Lebensfeldwechsel im hier betrachteten Sinne (unter Beteiligung von Institutionen, Jugendamt, Psychiatrie) darstellte. Ein Jugendlicher war direkt von einer Einrichtung in eine andere verlegt worden; bei 16 Jugendlichen handelte es sich um eine erneute Unterbringung nach längeren Familienphasen.

Tabelle 9: Lebensstationen der Kinder und Jugendlichen mit stationärer Jugendpsychiatrieerfahrung vor der letzten Heimunterbringung

lfd. Nr.	♂/♀	Alter bei der letzten Heimunterbringung	Lebensstationen
1	♀	17	H → AF → K → H
2	♂	17	? → AF → H (nur kurzer Klinikaufenthalt)
3	♀	15	H → AF → K → (Hi) → AF → H
4	♀	8	(?) → AF → K → H → H
5	♀	13	H → AF → K → AF → H
6	♂	15	? → AF → K → AF → H
7	♂	15	F → H → AF → K → AF → H
8	♂	14	H → AF → H → AF → H → K → H
9	♂	10	F → (H) → F → Hi → (K) → F → H
10	♂	12	F → (K) → F → H
11	♀	16	F → (K) → F → H
12	♀	16	F → (KE) → H
13	♀	15	F → (K) → F → H
14	♂	15	F → (KE) → H
15	♂	13	F → K → F → K → F → H
16	♀	17	F → K → H
17	♂	15	F → K → H
18	♀	17	F → H → P → F → (K) → H
19	♂	15	F → (K) → H
20	♀	14	F → H → F → (H) → F → P → (H) → K → H → F → H → F → H
21	♀	16	F → K → F → H
22	♀	16	F → (H) → F → K → H
23	♂	16	F → K → F → H
24	♀	15	F → H → (KE) → (K) → H
25	♀	16	F → H → Krankenhaus → H → K → (F) → H → ? → HfB
26	♂	16	F → H → F → H → F → (H) → H → (K) → HfB
27	♂	17	F → (K) → K → H

Legende:

- F = Familie/Familienangehörige
- AF = Adoptionsfamilie
- P = Pflegefamilie
- K = Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- KE = Erwachsenenpsychiatrie
- H = Heim
- Hi = Internat
- HfB = flexible Betreuung
- ( ) = Angaben in Klammern bedeuten, daß der Aufenthalt unter 3 Monate dauerte.

Durchschnittlich waren die nicht psychiatrienerfahrenen Jugendlichen nur halb so oft von Lebensfeldwechseln betroffen, wie die Gruppe der psychiatrienerfahrenen Jugendlichen (1,6 mal insgesamt; 1,3 mal ohne Berücksichtigung der Rückkehr in die eigene Familie). Auch wenn sich das Problem der wechselseitigen Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken in Hamburg nicht so eindeutig stellt wie in Westfalen-Lippe, bestätigt sich durch diese Zahlen doch tendenziell das dort gezogene Fazit, daß sich anhand der institutionellen Lebensläufe zeigt, » ... daß es sich bei vielen jungen Menschen im Grenzbereich der Institutionen Heim und Klinik um entwurzelte Kinder und Jugendliche handelt« (Gintzel/Schone 1989, S.91).

Bei der hier vorgenommenen Betrachtung muß darauf hingewiesen werden, daß hier nur eine Facette des Problems »sozialer Lebensort« erfaßt ist, nämlich die der Häufigkeit stationärer Interventionen. Hinter dem Lebensort »F = Familie/Familienangehörige« (vgl. Tab. 9) verbergen sich fast überall z.T. massive familiäre Umbrüche und Erschütterungen mit z.T. häufigen Wechseln von unmittelbaren Bezugspersonen und Lebensorten. Die Tabellen 10 (Familienkonstellation) und 11 (zentrale Problemlagen) machen die Dimension dieser familialen Brüche und Störungen deutlich und geben gleichzeitig einen deutlichen Hinweis darauf, daß die nicht psychiatrienerfahrenen Jugendlichen hier eher stärker vorbelastet sind.

Tabelle 10 zeigt die Familienkonstellation der Herkunftsfamilien bei der Heimaufnahme. Wie die Betrachtung des Lebensortes der Jugendlichen bei der Heimaufnahme schon vermuten ließ, ist die Zahl der verheiratet zusammenlebenden Eltern geringer als die der Alleinerziehenden oder der zusammengesetzten Familien. Bei den Eltern von psychiatrienerfahrenen Kinder läßt sich allerdings - wie erwähnt - eine andere Tendenz feststellen. Der Anteil der sogenannten vollständigen Familien ist hier doppelt so hoch wie unter der sonstigen Heimklientel.

Ein besonderes Augenmerk in der Betrachtung der Familienkonstellation verdient auch der - in Tabelle 10 nicht berücksichtigte - Anteil von adoptierten Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 9). Zehn Kinder waren von ihren Eltern adoptiert worden; bei zwei weiteren war eine Adoption durch den Stiefvater erfolgt. Von diesen 12 adoptierten Kindern lebten zehn bei ihren verheiratet zusammenlebenden (Adoptiv-)Eltern und zwei bei der alleinerziehenden (Adoptiv-)Mutter. Acht der 12 adoptierten Kinder hatten vor ihrer Heimaufnahme bereits Erfahrungen mit der stationären Jugendpsychiatrie. Bezogen auf die Gruppe jugendpsychiatrieerfahrener Kinder stellen diese acht Kinder/Jugendlichen aus Adoptionsfamilien mehr als ein Viertel der Gesamtklientel (mit Psychiatrieerfahrung) dar.

Tabelle 10: Familienkonstellation bei Heimaufnahme

Familienkonstellation des/der Minderjährigen	Minderjährige ohne Psychiatrieerfahrung		Minderjährige mit Psychiatrieerfahrung		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
verheiratet zusammenlebend	13	22	12	44	25	29
alleinerziehende Mutter	17	28	9	33	26	30
alleinerziehender Vater	9	15	1	4	10	11
zusammengesetzte Familie	21	35	5	19	26	30
gesamt	60		27		87	

keine Angaben: 4

Angesichts der durch diese Zahlen sichtbar werdenden Tendenz bedarf es sicher einer besonderen Erörterung, sowohl in Kliniken als auch in Heimen, warum gerade bei

Kindern aus Adoptionsfamilien derart häufig zunächst auf Angebote der Jugendpsychiatrie und erst in der Folge auf die Möglichkeiten der Heimerziehung zurückgegriffen wird.

Tabelle 11: *Zentrale Problemlagen der Minderjährigen und ihrer Familien zum Zeitpunkt der Heimaufnahme - Gründe der Heimunterbringung (Mehrfachnennungen)*

	Minderjährige ohne Psychiatrieerfahrung		Minderjährige mit Psychiatrieerfahrung		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1 Konflikte mit Erziehungspersonen	53	83	18	67	71	78
2 Beziehungsstörungen in der Familie	47	73	13	48	60	66
3 Ausfall eines Elternteils	25	39	12	44	37	41
4 Soziale Probleme des/der Mj. in Schule/Beruf	15	23	13	48	28	31
5 Leistungsprobleme des/der Mj. in Schule/Beruf	14	22	7	26	21	23
6 Trennungs-/Scheidungsprobl.	15	23	5	19	20	22
7 psychiatrische Auffälligkeit des/der Mj.	4	6	14	52	18	20
8 schlechte Gesundheit von Familienangehörigen	11	17	4	15	15	16
9 Suchtprobl. v. Fam. Angeh.	12	19	2	7	14	15
10 Mißhandlung des/der Mj. durch Erziehungspersonen	10	16	2	7	12	13
11 Ausfall beider Eltern	9	14	2	7	11	12
12 Weglaufen/Trebe	6	9	4	15	10	11
12 organische/psychiatrische Krankheiten	5	8	5	19	10	11
14 Delinquenz	6	9	3	11	9	10
14 Tod einer nahen Bezugsperson	3	5	6	22	9	10
16 Defizite im materiellen Ber.	6	9	2	7	8	9
16 psychiatrische Probleme von Familienangehörigen	5	8	3	11	8	9
18 Versorgungsmängel	5	8	1	4	6	7
18 sexueller Mißbrauch	4	6	2	7	6	7
20 Alkohol-/Tabletten-/Drogenkonsum	-	-	5	19	5	5
20 Arbeitslosigkeit von Eltern(teilen)	5	8	-	-	5	5

Da auch von Seiten der Kliniken (insbesondere vom Wilhelmsstift) thematisiert wurde, daß man häufiger mit Adoptivkindern zu tun habe, wäre es anzuraten, diesen Tatbestand vertieft in die Diskussion und Bewertung durch die Adoptionsvermittlung in der Stadt Hamburg einzuspeisen. Die von uns gezogene Stichprobe ist zu klein um

generalisierte Aussagen zu ermöglichen, sollte jedoch ausreichen, die Fachkräfte der Adoptionsvermittlung aufmerksam zu machen und in dieser Hinsicht zu sensibilisieren. In Tabelle 11 wird versucht, eine Übersicht über die zentralen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien zum Zeitpunkt der Heimunterbringung zu geben, wie sie sich anhand der Aktenanalyse darstellen.

Neben den in Tabelle 11 genannten Problemlagen gab es noch vereinzelte Nennungen für weitere Problembereiche: mehrmalige Schulwechsel (3), Prostitution (3), beengte Wohnverhältnisse (2), Verlust der Wohnung (2), Delinquenz von Familienangehörigen (2), frühkindliche Hirnschädigung (1).

Bei den genannten Problemlagen handelt es sich um solche, die explizit zur Begründung der Notwendigkeit der Heimerziehung in den Akten genannt wurden. Weitere Problemlagen, die eher am Rande erwähnt wurden, sind in dieser Tabelle nicht enthalten.

Auffallend ist in der Betrachtung der beiden Gruppen ohne und mit stationärer Psychiatrieerfahrung, daß für die nichtpsychiatrieerfahrenen Kinder und Jugendlichen prozentual häufiger auf familiäre Problemlagen und Zerrüttungen als Heimeinweisungsgrund abgehoben wird (Konflikte mit Erziehungspersonen, Beziehungsstörungen in der Familie, Trennungs-/Scheidungsprobleme, Suchtprobleme von Familienangehörigen, Ausfall beider Eltern, Mißhandlung durch Familienangehörige), während die eher individuumszentrierte Argumente/Gründe (soziale Probleme in Schule/Beruf, psychiatrische Krankheiten, Delinquenz, Alkohol/Tabletten-/Drogenkonsum) häufiger bei den Jugendlichen mit Psychiatrieerfahrung genannt werden.

Eine besondere Ausnahme findet diese Beobachtung allerdings bei dem Problem des Todes einer nahen Bezugsperson. Das schon in der Untersuchung von Westfalen-Lippe beobachtete Phänomen, daß mit 25% überproportional viele Kinder und Jugendliche im Überschneidungsbereich von Heimen und Kliniken mit Verlusterfahrungen enger Bezugspersonen konfrontiert waren (Gintzel/Schöne 1989, S.85f) ließ sich auch im Rahmen der in Hamburg durchgeführten Aktenanalyse beobachten. Während 5% der Kinder und Jugendlichen ohne Psychiatrieerfahrung den Tod einer nahen Bezugsperson erlebt haben beträgt dieser Anteil bei den Jugendlichen mit Psychiatrieerfahrung 22%. Auch in Hamburg treten also solche Kinder und Jugendlichen im Schnittbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie auf, bei denen es gleichermaßen darum geht, neue Lebensorte mit neuen Bezugspersonen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu finden andererseits und ggf. traumatische Verlusterfahrungen der Betroffenen zu berücksichtigen und aufzuarbeiten.

Im folgenden wollen wir uns der Dauer und den Gründen für die Klinikaufenthalte der Jugendlichen mit Psychiatrieerfahrung etwas näher zuwenden. Tabelle 12 gibt einen Überblick über das Alter der Kinder und Jugendlichen bei Aufnahme in der Klinik, die Dauer der Klinikaufenthalte und über die in den Akten genannten Gründe für den stationären Jugendpsychiatrie-Aufenthalt. Bei der Betrachtung und Interpretation dieser Tabelle ist zu berücksichtigen, daß die Beschreibungen den Akten der Allgemeinen Sozialdienste (ASD) entnommen sind und sich dort zum Teil unzulängliche Beschreibungen finden, z.T. nur solche Aspekte berücksichtigt werden, die der/die AS-KollegIn für die Entscheidung zur Heimunterbringung für relevant hielt.

Tabelle 12: Dauer und Gründe der Klinikaufenthalte/Art der Klinik/  
Alter bei Aufnahme in der Klinik

lfd. Nr.	♂/♀	Alter bei Klinikaufnahme (Jahre)	Klinik	Dauer des Klinikaufenthaltes (Jahre;Monate)	Gründe/Diagnosen
1	♀	15	UKE	0;4	- »Pubertätskrise mit dissozialer Symptomatik und Suizidgefährdung« - Weglaufen, Drogenkonsum - Wunsch der Eltern, öffentliche Erziehung umgehen zu können
2	♂	15	UKE	0;3	- zugespitzte Konflikte mit Adoptiveltern bei Beurlaubungen aus Heim, Tätlichkeiten
3	♀	15	UKE	0;1	- Anorexie, Bulimie
4	♀	14	UKE	0;1	- psychosomatische Störungen - hysterische Reaktionen, psychische Zusammenbrüche
5	♂	16	UKE	0;3	- Suizidversuch - Drogengebrauch/Kriminalität
6	♀	17	UKE	0;2	- Suizidalität
7	♂	16	UKE	0;4	- multiple Verhaltensauffälligkeiten (hypochondrische Ängste, Konflikte mit Mutter, Kontaktschwierigkeiten, Aggressivität)
8	♀	17	AKO UKE	0;1 0;1	- Wunsch des Vaters wegen vermuteter Prostitution der Tochter - Weglaufen
9	♂	16	UKE	0;1	- keine Angaben
10	♂	12	KW	1;6	- epileptische Anfälle
11	♂	13	KW	0;7	- Aggressivität
12	♂	11 13	KW KW	1;1 0;3	- »Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit schweren Kontaktstörungen, Zwangssymptomen, Rückzug und Leistungsverweigerung« - Aggressivität
13	♀	16	KW	0;10	- depressive Phasen - Suizidgedanken und -versuche - Hyperventilation
14	♂	14	KW	0;1	- »Zwangshandlungen, tics, Schlafstörungen vor dem Hintergrund einer ausgeprägten Lernbehinderung« - »Denken inhaltlich u. formal gestört« - »massives Rückzugsverhalten«
15	♀	11	?	0;8	- Enuresis, Enkopresis
16	♀	16	KW	0;3	- Suizidalität, Suizidversuch
17	♂	16	AKO KW	0;1 0;10	- »jugendliche Schizophrenie« - »deutliche Minderbegabung« - sich selbst verletzend, verwirrt, abgemagert, verwahrlost
18	♂	17	AKO	? (kurz)	- Drogenentzug
19	♀	16	AKO	0;1	- eigener Wunsch; AS: Sie wollte dem Kreislauf zu Hause entkommen und ihre eigene Situation klären.
20	♂	16	UKE Erw. Psy.	0;1	- Vergiftung durch Patex-Schnüffeln

21	♀	16	SH	0;11	- »schwere neurotische Fehlentwicklung mit depressiven u. hysterischen Zügen - Suizidgedanken, Weglaufen, Schlafstörungen, Pseudohalluzinationen
22	♀	7	HES	0;5	- Beziehungsstörung zwischen Mutter-Tochter - Selbstverletzungen - Distanzlosigkeit
23	♀	11	NDS	0;8	- »Zappeligkeit, Unkonzentriertheit, Frustrationsintoleranz, Schulleistungsversagen, Wutanfälle; Neigung zu psychosomatischen Reaktionen; migräneartige Kopfschmerzen«
24	♂	9	SH	0;2	- körperlicher Angriff auf Kinder - panische Angst vor imaginären großen Kindern - redet dauernd, phantasiert - lautes, schrilles, unmotiviertes Schreien in der Schule etc.
25	♂	10	SH	0;1	- »Anzeichen drohender Verwahrlosung mit neurotischer Fehlentwicklung« - Weglaufen (Strichermilieu), Kriminalität
26	♀	15	NW	0;5	- Aufnahme »nach einem Suizidversuch, der im Rahmen einer Entwicklungs-krise stattgefunden hat« - Epilepsie
27	♀	?	?	?	- »Zustand nach Schädelhirntrauma (S-Bahn-Surfen) mit folgendem hirnorganischem Psychosyndrom«

#### Legende

- UKE = Universitätsklinikum Eppendorf (Kinder- und Jugendpsychiatrie)  
 KW = Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift (Kinder- und Jugendpsychiatrie)  
 AKO = Allgemein Krankenhaus Ochsenzoll  
 SH = Klinik in Schleswig-Holstein  
 HES = Klinik in Hessen  
 NDS = Klinik in Niedersachsen  
 NW = Klinik in Nordrhein-Westfalen  
 »« = Originalzitate aus psychiatrischen Gutachten in den Berichten von AS

Anhand der Tabelle 12 lassen sich zunächst einmal die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern der später in die Heime vermittelten Jugendlichen in den verschiedenen Kliniken errechnen. Die durchschnittlichen Verweildauern betragen

- im UKE 2,2 Monate
- im KW 9,3 Monate
- im AKO/UKE Erwachsenenbereich unter 1 Monat<sup>6</sup>
- in Kliniken außerhalb HH 5,3 Monate.

Die oben genannten durchschnittlichen Verweildauern der beiden Kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Hamburg (vgl. S.32f, vgl. Tab. 3) spiegeln sich also auch bei dem von uns betrachteten Ausschnitt der Jugendlichen im Übergang zur Heimerziehung recht gut wieder. Die Erwachsenenpsychiatrien übernehmen nur Interimsfunktionen; in zwei Fällen erfolgte eine baldige Verlegung in eine jugendpsychiatrische Abteilung.

<sup>6</sup> Die Verweildauern in diesen Einrichtungen betragen alle unter einem Monat und wurden in der Tabelle lediglich aufgerundet.



Die jugendpsychiatrischen Vorerfahrungen von Jugendlichen in Kliniken außerhalb Hamburgs sind in den meisten Fällen darauf zurückzuführen, daß die Jugendlichen/ihre Familien von außerhalb in Hamburg zugezogen sind und der Klinikaufenthalt vor dieser Zeit lag. Einen Hinweis darauf, daß häufig Hamburger Jugendliche außerhalb Hamburgs in Kliniken untergebracht werden, ergibt sich aus unserem Material nicht.

Bezüglich der Aufenthaltsdauern in den Kliniken sei abschließend noch ein Vergleich zur Untersuchung in Westfalen-Lippe gezogen. Dort betrug die durchschnittliche Dauer pro Aufenthalt 7,5 Monate und die durchschnittliche Gesamtdauer (Mehrfachaufenthalte) 10,3 Monate. Allein über 20% der in die Untersuchung eingegangenen Fälle hatte dort bereits einen zusammenhängenden Aufenthalt von über einem Jahr abgeschlossen (Gintzel/Schone 1989, S. 89). In Hamburg waren dies dagegen nur 2 von 27 (7 %) (beide Wilhelmstift).

Bezüglich der in den AS-Berichten enthaltenen Aussagen zu Lebenssituationen, Gründen und Diagnosen, die zur Klinikeinweisung geführt haben, soll Tabelle 12 die verschiedenen Hintergründe illustrieren. Eine weitere Auswertung soll an dieser Stelle unterbleiben, da die Beschreibungen in den AS-Berichten zum Teil diesen Bereich eher unzulänglich abdecken. Bei nur knapp der Hälfte der Fälle (44 %) (vgl. Tab. 16) liegt eine mündliche oder schriftliche Stellungnahme der Jugendpsychiatrie vor.

Eine Bewertung dieses Tatbestandes fällt schwer, wenn man bedenkt, daß die AS-Berichte nicht dazu dienen, jugendpsychiatrische Diagnosen/Indikationen nachzuvollziehen, sondern dazu, aktuelle Heimunterbringungen zu begründen. Hinzu kommt, daß von seiten der Kliniken auch nur dann Berichte und Gutachten an die sozialen Dienste weitergegeben werden (dürfen), wenn die Sorgeberechtigten ihre Zustimmung geben. Während es also noch verständlich ist, daß nur wenig Gutachten/Diagnosen in den Berichten auftauchen, muß jedoch deutlich kritisiert werden, daß (fast) keine Auskünfte über sozialpädagogische oder therapeutische Arbeitsinhalte der Jugendpsychiatrie in den Akten enthalten sind. Das Tun der Jugendpsychiatrie bleibt (in den Akten) im Dunkeln. Für die HeimmitarbeiterInnen bedeutet dies ein Mangel an Transparenz bezüglich des Lebensabschnitts »Klinik« der von ihnen betreuten Jugendlichen und die Unmöglichkeit begonnene pädagogisch/therapeutische Ansätze fortzuführen (oder bewußt zu verwerfen) (zur Transparenz vgl. Förster 1981, S. 42ff).

Im weiteren sollen noch einige weitere Aspekte zum Komplex »Heimplatzvermittlung und jugendpsychiatrische Vorerfahrung«, die mit der Heimunterbringung der Kinder und Jugendlichen in Verbindung stehen, betrachtet werden.

Auf die Frage, von wem die Initiative zur Heimunterbringung hauptsächlich ausging, wird in über einem Drittel der Fälle der Minderjährige selbst genannt (vgl. Tabelle 13). An zweiter Stelle folgen die Eltern und erst mit Abstand Institutionen wie Jugendamt, Schule, Jugendpsychiatrie etc.

Die westfälisch-lippische Untersuchung kommt hier zu ganz anderen Ergebnissen. Hier gehören zu den Hauptinitiatoren zunächst die Eltern (36%), dann die Jugendämter (30%!) und dann erst die Minderjährigen selbst (15%) (vgl. Gintzel/Schone 1989, S. 56). Auch wenn man berücksichtigt, daß im Rahmen der Hamburger Untersuchung erst Kinder und Jugendliche ab acht Jahren berücksichtigt wurden - was sicher eine Verschiebung zugunsten der eigenen Initiative der Jugendlichen gibt -, wird doch ein unterschiedliches Verständnis insbesondere auch der Rolle des Jugendamtes und des Allgemeinen Sozialdienstes deutlich. Für die Kinder und Jugendlichen mit jugendpsychiatrischen Vorerfahrungen nimmt auch in Hamburg erwartungsgemäß die Jugendpsychiatrie die Rolle des Hauptinitiators für Heimunterbringungen ein.

Tabelle 13: Initiative zur Heimunterbringung

Rang	Minderjährige ohne Psychiatrieerfahrung		Minderjährige mit Psychiatrieerfahrung		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1 Minderjährige(r)	23	41	6	23	29	35
2 Erziehungsberechtigte	14	25	7	27	21	26
3 Jugendpsychiatrie	-	-	8	31	8	10
4 Schule/Kindergarten	5	9	2	8	7	9
5 Jugendamt/ASD	5	9	1	4	6	7
6 Erziehungsberatung	1	2	-	-	1	1
Sonstige	8	14	2	8	10	12
gesamt	56		26		82	

keine Angaben: 9

Angeregt durch die Diskussion im Erziehungssachgebiet wurde nochmal überprüft, ob sich Unterschiede hinsichtlich der Initiative zur Heimunterbringung seitens der Minderjährigen selbst für die Einrichtungen der freien Träger und die des Landesbetriebes ergeben. Tatsächlich ließ sich ein erheblicher Unterschied feststellen. Während 50% (14 von 28) der Jugendlichen, die zum Landesbetrieb vermittelt wurden selbst die Hauptinitiatoren ihrer Unterbringung waren (ohne Flüchtlingskinder), betrug dieser Anteil bei den Einrichtungen der freien Träger nur 28 % (15 von 54).

Wohin werden Kinder und Jugendliche nun vermittelt? Tabelle 14 verdeutlicht, daß es offensichtlich, bezogen auf unsere Fragestellung der Vorerfahrungen mit jugendpsychiatrischen Kliniken, klare Zuweisungskriterien nach Trägerschaft der Einrichtungen zu geben scheint.

Tabelle 14: In welcher Einrichtung wird die Hilfe gewährt?

	Minderjährige ohne Psychiatrieerfahrung	Minderjährige mit Psychiatrieerfahrung	gesamt
Landesbetriebe	29	2	31
Freie Träger	35	25	60
gesamt	64	27	91

Von den 27 jungen Menschen mit Psychiatrieerfahrung wurden 25 an Einrichtungen freier Träger vermittelt und nur zwei an Einrichtungen des Landesbetriebes (LEB). Nach Einschätzung der Fachkräfte im Erziehungssachgebiet stellt dieses Ergebnis keinen Zufall dar. Die freien Träger - und hier werden in Diskussionen besonders häufig das Rauhe Haus und der Margaretenhort genannt - genießen bei den jugendpsychiatrischen Kliniken einen besonderen Ruf, der von Seiten des Erziehungssachgebiets auch für begründet gehalten wird. Es bestehe zwar auf Seiten des Landesbetriebes eine Aufnahmeverpflichtung. Diese werde jedoch nur in Ausnahmefällen durchgesetzt. In der Regel sei es so, daß man gerade bei psychiatrisch vorerfahrenen Jugendlichen die freien Träger anfrage. Hier bestehe ein sehr hoher fachlicher Anspruch, der so etwas wie eine »intrinsische Aufnahmeverpflichtung« bewirke und in der Regel auch zur Aufnahme

führe. Der Landesbetrieb werde stärker bei dissozialen Jugendlichen und bei Unterbringungen zur Abwendung von Untersuchungshaft tätig.

Zum Abschluß soll nun noch ein Blick darauf geworfen werden, welche ambulanten und teilstationären erzieherischen Hilfen einer Heimunterbringung vorhergehen und auf welcher fachlichen Basis die Unterbringungsentscheidungen getroffen werden, d.h. welche schriftlichen oder aktenmäßig dokumentierten mündlichen Stellungnahmen anderer Fachkräfte und Institutionen vorlagen.

Tabelle 15 zeigt in der Rangfolge der Häufigkeit, welche erzieherischen Hilfen der aktuellen Heimerziehung vorausgegangen sind. Ein besonderes Spezifikum der erzieherischen Hilfen in Hamburg ist sicher der hohe Anteil (24%) von Kindern und Jugendlichen mit Kuraufenthalten in den Hamburger Kurerholungsheimen, sowie der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die bereits spezielle therapeutische Maßnahmen (Familientherapie, Einzel-, Gruppentherapie) durchlaufen haben. Zum Teil wurden diese therapeutischen Maßnahmen explizit bei frei praktizierenden Therapeuten oder in besonderen Instituten durchgeführt, zum Teil wird es aber auch - aus der Aktenlage nicht erkennbare - Überschneidungen mit der Erziehungsberatung bzw. mit den jugendpsychiatrischen/schulpsychologischen Dienstangeben. Nennenswerte Unterschiede bezüglich der vorhergehenden Hilfen zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gibt es allenfalls für die formlose Betreuung durch die Allgemeinen Sozialdienste - bei den Kindern aus jugendpsychiatrischem Kontext spielt diese eine relativ geringe Rolle - und bei den speziellen therapeutischen Maßnahmen, die für die psychiatrienerfahrenen Kinder und Jugendlichen eine größere Rolle spielen.

Tabelle 15: Vorhergehende (ambulante und teilstationäre) erzieherische Hilfen vor der aktuellen Heimunterbringung (Mehrfachnennungen)

Rang	Minderjährige ohne Psychiatrieerfahrung		Minderjährige mit Psychiatrieerfahrung		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1 formlose Betreuung AS	26	40	4	15	30	33
2 Kuraufenthalte	17	27	5	19	22	24
3 spezielle therapeutische Maßnahmen	8	13	10	37	18	20
4 Kindertagesheim	12	19	4	15	16	18
Erziehungsberatung	11	17	5	19	16	18
6 Schulpsych. Dienst	4	6	1	4	5	5
Jugendpsych. Dienst	3	5	2	7	5	5
8 Erziehungsbeistandschaft	1	2	-	-	1	1
Tagespflege	1	2	-	-	1	1
sonstige Hilfen	10	16	3	11	13	14
keine vorhergehenden Hilfen dokumentiert	13	20	7	26	20	22
gesamt	64		27		91	

Abschließend zeigt Tabelle 16, welche schriftlichen bzw. in den Akten dokumentierten mündlichen Stellungnahmen vor der Heimunterbringung vorlagen. Neben den praktisch in allen Fällen vorliegenden Stellungnahmen der BezirkssozialarbeiterInnen (AS) spielen die Stellungnahmen der jeweiligen Schulen eine große Rolle (46%). Zum Vergleich: In Westfalen-Lippe lag nur bei 15% der Heimeinweisungen eine Stellungnahme der Schule vor. Relativ häufig finden sich noch Kurabschlußberichte in den Akten, die in der Tabelle unter »sonstige Stellungnahmen« eingeordnet sind. Von anderen Fachkräften/ Institutionen liegen nur sporadisch und in Einzelfällen Stellungnahmen zur Situation der

jungen Menschen und ihrer Familien vor. Lediglich bei den Kindern und Jugendlichen mit jugendpsychiatrischer Klinikerfahrung spielen die Gutachten der Jugendpsychiatrie und des jugendpsychiatrischen Dienstes mit 44% bzw. 30% eine besondere Rolle. Bei über der Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen liegen allerdings auch von dieser Seite keine Stellungnahmen vor.

Tabelle 16: *Schriftliche oder mündliche Stellungnahme vor der Unterbringungs-Entscheidung (Mehrfachnennungen)*

Rang	Minderjährige ohne Psychiatrieerfahrung		Minderjährige mit Psychiatrieerfahrung		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1 ASD/Jugendamt	63	98	27	100	90	99
2 Schule	34	53	8	30	42	46
3 Kinder- und Jugendpsych.	2	3	12	44	14	15
4 Jugendpsych. Dienst	2	3	9	33	11	12
5 sonstige(r) Arzt/Ärztin	2	3	1	4	3	3
Erziehungsberatung	1	2	2	7	3	3
7 Schulpsych. Dienst	1	2	1	4	2	2
8 Kindergarten	1	2	-	-	1	1
Pflegekinderdienst	1	2	-	-	1	1
sonstige Stellungnahmen	10	16	4	15	14	15
gesamt	64		27		91	

Auf die hiermit verbundenen Probleme wurde im Zusammenhang mit Tabelle 12 schon hingewiesen. Bezüglich der Rolle und des Einbezugs des jugendpsychiatrischen Dienstes des Amtes für Jugend bei der Heimplatzvermittlung von psychiatriee erfahrenen Jugendlichen gab es bei den MitarbeiterInnen des Erziehungssachgebietes unterschiedliche Einschätzungen. Die einen sehen diesen Fachdienst des Amtes für Jugend eher in der Rolle des Gutachters (BSHG oder JWG - seelische Behinderung), die anderen ziehen ihn auch zur Beratung heran, wenn es um die Heimplatzvermittlung von Jugendlichen aus der Jugendpsychiatrie geht. Wieder andere sehen die Funktion des jugendpsychiatrischen Dienstes überhaupt nicht im Bereich der Heimplatzvermittlung, sondern sehen seine Rolle dort, wo im Rahmen schon bestehender öffentlicher Erziehung Bedarf an jugendpsychiatrischer Beratung und Intervention entsteht. Verbindliche Standards über die Inanspruchnahme des jugendpsychiatrischen Dienstes durch die Fachkräfte des Erziehungssachgebietes bestehen nicht.

## 5 »GRENZFÄLLE« AUS DER SICHT DER BETEILIGTEN INSTITUTIONEN UND FACHKRÄFTE VON JUGENDHILFE UND JUGENDPSYCHIATRIE

Da es das objektive Phänomen »Grenzfall« - wie in Kapitel 2 erläutert - nicht gibt, sondern »Grenzfälle« das Ergebnis von Aushandlungsprozessen innerhalb und zwischen den Disziplinen darstellen, geraten die harten empirischen Methoden (Fragebögen, Aktenanalyse) bezüglich dieser Fragestellung schnell an ihre Grenzen. Mit Hilfe leitfadenstrukturierter Einzel- und Gruppeninterviews mit Fachkräften beider Disziplinen sollte deshalb herausgearbeitet werden, welche Kriterien, Handlungsmotive, Einstellungen und Einschätzungen bezüglich der betreuten Jugendlichen die Fachkräfte dazu veranlassen, über den Einbezug von Fachkräften der anderen Disziplin nachzudenken, ihn einzufordern beginnen oder tatsächlich Kooperation zu vollziehen bzw. Überweisungen vorzunehmen.

In der ersten Jahreshälfte 1990 wurden in den beiden Hamburger jugendpsychiatrischen Kliniken, in verschiedenen Heimen/Gruppen der Jugendhilfe und mit weiteren Fachkräften aus Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie diese Interviews durchgeführt (vgl. Kap. 3). Im Rahmen der Interviews ging es vorrangig darum, Erfahrungen mit der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie im Falle wechselseitiger Überweisungen von Kindern und Jugendlichen in der Schnittstelle beider Disziplinen zu erkunden. Dabei wurden sowohl bestehende gegenseitige Unterstützungs- und Kooperationsformen mit ihren Vorteilen und Unzulänglichkeiten thematisiert, als auch perspektivisch gegenseitige Erwartungen und Forderungen an die jeweils andere Disziplin herausgearbeitet.

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse der Interviews zusammengefaßt dargestellt werden, wobei ein besonderes Augenmerk jeweils auf die Aspekte der Zielgruppen, die Zuweisungswege zu den einzelnen Institutionen, die bestehenden Kooperationserfahrungen, den Umgang mit dem Problem der »Grenzfälle« sowie die formulierten Vorschläge und Ideen für eine verbesserte Praxis gelegt werden soll.

In der folgenden Darstellung kommt es nicht so sehr darauf an, einzelne exponierte Aussagen aus den Interviews herauszuheben, sondern vielmehr darauf, den Grundtenor bezüglich der Erfahrungen und gegenseitigen Einschätzungen herauszuarbeiten.

### *5.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken*

Im Universitätsklinikum Eppendorf und im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gibt es, wie dargestellt, zusammen 56 Plätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Jahresfallzahl liegt etwa bei 150-160 Kindern und Jugendlichen, wobei ein Teil der jungen PatientInnen aus den benachbarten Bundesländern kommt (ca. 30 % im Wilhelmstift).

Die Zugänge zu den Kliniken erfolgen in aller Regel über die Eltern, die sich zumeist direkt an die Kliniken wenden. Die Initiatoren für diesen Schritt seien in einem hohen Umfang Lehrer, die angesichts der in der Schule offenkundig werdenden Probleme der Kinder/Jugendlichen die Eltern auffordern würden, die Jugendpsychiatrie aufzusuchen.

Von beiden Kliniken wird der Anteil der durch Schulen (z.T. Kindergärten) initiierten Kontakte auf über 30 % geschätzt. Diese exponierte Rolle, die die Schulen bei der Inanspruchnahme der Jugendpsychiatrie spielten, habe damit zu tun, daß die LehrerInnen - häufig schon in der Grundschule beginnend - mit einem so komplexen Bündel von Verhaltensproblematiken (Unruhe, Klauen, Aggression, Weglaufen, Einkoten) konfrontiert seien, daß sie sich völlig überfordert sähen, den Unterricht durchzuführen. In ihrer eigenen Hilflosigkeit angesichts dieser Verhaltensweisen der Kinder/Jugendlichen würden sie zunehmend häufiger den Eltern raten, mit den Kindern die Jugendpsychiatrie aufzusuchen.

Von beiden Kliniken werden Erziehungsberatungsstellen nur selten als Initiatoren für das Aufsuchen der Kliniken genannt. Dies liege daran, daß die Kompetenzen der Erziehungsberatungsstellen ausreichen würden, den größten Teil der psychotherapeutisch notwendigen Arbeit selbst abzudecken.

Auf Initiative des Jugendhilfesystems (BezirkssozialarbeiterInnen/Heime) kommen nur etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen. Häufiger sei es umgekehrt so, daß schon während des Erstgesprächs in der Klinik deutlich werde, daß keine jugendpsychiatrische Symptomatik sondern eine Jugendhilfe-Problematik vorliegt. In diesen Fällen werde von den Kliniken auf das Jugendamt verwiesen, die dann versuchen müßten, mit sozialpädagogischen Mitteln (z.B. Heimunterbringung) der Problematik zu begegnen.

Zum Zeitpunkt der Interviews wurden in den Kliniken drei Jugendliche stationär behandelt, die aus Heimen kamen (zwei im UKE; eine im Wilhelmstift). Nach Aussagen der befragten Fachkräfte wird bei Anfragen aus dem Bereich der Heimerziehung in der Regel auf den jugendpsychiatrischen Dienst des Amtes für Jugend verwiesen, der in der Regel auch alternative Lösungen zur stationären Behandlung anbieten könne. Nur in Ausnahmefällen würden Kinder und Jugendliche aus Heimen und Wohngruppen aufgenommen, zumeist dann, wenn

- sie akut suizidal sind,
- sie akut psychotisch sind oder
- sie schon früher in der Klinik behandelt wurden und die (befristete) Wiederaufnahme eine sinnvolle Fortsetzung der schon geleisteten Arbeit darstelle.

Den Aufnahmen aus den Heimen seien mitunter jedoch kurze Aufenthalte in Allgemeinkliniken zwischengeschaltet, die z.B. im Falle von Suizidhandlungen die erste Krisenintervention durchgeführt haben.

Auf die Frage, welche Diagnosegruppen in den beiden Einrichtungen in welchem Umfang stationär versorgt werden, konnten beide Kliniken keine genauen quantitativen Angaben machen, da es z.T. erhebliche Schwankungen in der Belegungsstruktur gebe.

Als Hauptdiagnosegruppen im Wilhelmstift werden angegeben:

- Kinder und Jugendliche mit akuten Psychosen
- Jugendliche mit Anorexia Nervosa (nach Gewichtsunterschreitung unter ein kritisches Maß)
- Kinder und Jugendliche mit emotionalen (Depressionen) und sozialen Anpassungsstörungen
- Epileptiker mit schwerer psychischer Symptomatik
- Kinder und Jugendliche in schweren Pubertätskrisen

Aufgrund seiner Infrastruktur sei das Wilhelmstift insbesondere für die Aufnahme und Betreuung von PatientInnen mit mittelfristiger Behandlungsdauer geeignet.

Als Hauptdiagnosegruppen im UKE wurden genannt:

- psychotische Kinder und Jugendliche (40-60 %)
- suizidale Jugendliche (30 %)
- Jugendliche mit Zwangserkrankungen (Neurosen)
- borderline-Patienten.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sei je nach Patientengruppe sehr unterschiedlich. Während die suizidalen Jugendlichen in der Regel nach ein paar Tagen entlassen würden, könne es bei borderline-Patienten längere Aufenthalte bis zu einem Jahr, ggf. auch darüber gehen. Bei den psychotischen Jugendlichen sei die Aufenthaltsdauer sehr unterschiedlich. Etwa zwei Drittel dieser Jugendlichen werde innerhalb der ersten 3 Monate entlassen. Bei dem anderen Drittel seien längere Aufenthalte notwendig.

Fast allen Anfragen - unabhängig von der gestellten Diagnose - sei gemein, daß das bisherige soziale Umfeld der betroffenen Minderjährigen angesichts der aufgebrochenen Probleme ratlos und hilflos sei und in der Klinikaufnahme so etwas wie eine »letzte Rettung« gesehen werde.

Übereinstimmend wurde folgerichtig von MitarbeiterInnen beider Kliniken als unmittelbarste Funktion der stationären Aufnahme (noch vor allem Tätigwerden der Fachkräfte) die Entlastung des Umfeldes vom Jugendlichen und des Jugendlichen vom Umfeld genannt. Die Aufnahme in die jugendpsychiatrische Klinik stelle so etwas wie eine »Auszeit« dar, ein Moratorium, in dem zunächst alle bisherigen Regeln außer Kraft gesetzt seien und die Kinder und Jugendlichen zunächst nur geringen Anforderungen ausgesetzt seien. Insbesondere für das Wilhelmstift, als einer stärker auf längerfristige Therapie angelegten Einrichtung, gelte, daß sie den dort betreuten Kindern und Jugendlichen eine personelle und sachliche Infrastruktur und einen »Lebensraum« vorgeben wollen, in dem sie regredieren können und in dem sie lernen können, langsam zusätzliche Belastungen zu tragen. Zumindest was den Aspekt der Entlastung des Minderjährigen und seiner Umwelt angeht ist die Klinikaufnahme also nicht nur Mittel zum Zweck (Behandlung), sondern selbst schon Zweck (Moratorium). Ähnlich wie in den Westfälisch-Lippischen Kliniken verweisen die VertreterInnen der Hamburger Kliniken damit auf die positiven Wirkungen, die allein damit verbunden sind, daß die Kliniken den Kindern und Jugendlichen in einem Raum begegnen, wo Leistungsanforderungen von außen zumeist deutlich reduziert werden und wo aufgrund der sehr hohen Personalausstattung eine hohe Zuwendungsbereitschaft zum Kind/Jugendlichen sowie unter den klaren Klinikstrukturen ein hohes Maß an (nicht repressiver) Kontrollfähigkeit besteht (vgl. Gintzel/Schone 1989, S. 146ff).

Allerdings weisen beide Kliniken entschieden zurück, daß lediglich das konsequente Abschneiden von Außendrückerücken auf den Jugendlichen nach Aufnahme auf der jugendpsychiatrischen Station das einzige Agens der Jugendpsychiatrie sei. Vielmehr sei die räumliche Trennung der Kinder und Jugendlichen aus den Situationen, in denen ihre Probleme entstanden sind (» ... an denen sie verrückt geworden sind«), eine ideale und meist notwendige Voraussetzung dafür, die vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten der Kliniken zum Zuge kommen zu lassen (Familien-, Einzel-, Gruppentherapie, etc.). Ein genereller Verzicht auf die stationäre Aufnahme gehe nur auf Kosten jener Kinder und Jugendlichen, die den sie häufig massiv bedrängenden Problemen in ihrem Umfeld nicht gewachsen sind. Eine wichtige Prämisse sei es jedoch, daß die Kinder/Jugendlichen freiwillig in die Klinik gehen und mit der Herauslösung aus dem bisherigen sozialen Gefüge einverstanden sei.

Das Wilhelmstift weist zudem darauf hin, daß der Schutzraum »Klinik« nicht die völlige Entlastung von alltäglichen Anforderungen darstelle. So gingen dort z.B. zwei Drittel

aller Kinder und Jugendlichen außerhalb der Einrichtung in eine Schule. Nachdem die geplante Unterbringungsdauer festgelegt worden ist, nehmen die MitarbeiterInnen der Klinik Kontakt mit den Schulen auf und schulen die Jugendlichen dort ein. (Die Zusammenarbeit mit den umliegenden Schulen wird als sehr gut beschrieben.) Etwa ein Drittel der Kinder wird in der Einrichtung selbst beschult (Haus- und Krankenhausunterricht) oder in der hauseigenen Werkstatt (Tischlerei/Schlosserei) beschäftigt/gefordert. In den oben skizzierten »Moratorien« komme man gemeinsam mit den Kindern/Jugendlichen und/oder deren Eltern sehr häufig zu dem Schluß, daß eine Rückkehr in die eigene Familie nicht ratsam sei und daß der sinnvollste Weg in einer Heimunterbringung besteht. Im UKE liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die nach dem Klinikaufenthalt in Heimerziehung überwechseln zwischen 30 % und 40 %, im Wilhelmstift ist die Quote niedriger. Dort wurde zum Zeitpunkt des Interviews für acht (von 32) PatientInnen ein Heimplatz gesucht (davon zwei aus Schleswig-Holstein und drei junge Erwachsene aus Hamburg). Bei zwei dieser acht jungen Menschen lief die Heimplatzsuche über das Landesamt für Rehabilitation. Insgesamt wechselten in den Jahren 1989/90 19 von 140 PatientInnen (14%) über das Amt für Jugend in öffentliche Erziehung und 7 von 140 PatientInnen (5%) über das Landesamt für Rehabilitation in betreute Lebensformen.

Angesichts dieser Übergangsquote charakterisiert insbesondere das UKE mit überwiegend kurz- und mittelfristigen Behandlungsdauern die Funktion der eigenen Einrichtung für viele Jugendliche als »Übergangswohnheim«. Es komme jemand nach einem »Crash« Knall auf Fall in die Einrichtung, weil den betroffenen Personen auf die schnelle nichts anderes einfällt. In der Klinik werde eine Abklärung vorgenommen. Häufig könne man auch einen organisch/psychiatrischen Hintergrund feststellen, an dem sich aber oft nichts mehr ändern lasse, und dann gehe es eben um die Frage, wie man vor dem gegebenen sozialen, psychischen und z.T. organischen Hintergrund eine langfristige Lebensperspektive der jungen Menschen sichern könne. Zum Teil kommt man dabei zu dem Ergebnis, daß eine langfristige Trennung von Eltern und Kindern die beste Lösung für alle Beteiligten darstellt. Dann gehe es darum, eine Einrichtung zu finden, wo der Jugendliche länger bleiben kann. Häufig reiche es, wenn die Einrichtung die Symptomatik des Jugendlichen aushalte, da es in vielen Fällen nichts zu therapieren gäbe. Diese Aufgabe gehöre dann in den Arbeitsbereich der Jugendhilfe und sei nicht Gegenstand und Ziel der Jugendpsychiatrie.

An der dann mit Instanzen der Jugendhilfe im Einzelfall beginnenden Zusammenarbeit bei der Suche und Vermittlung eines geeigneten Heimplatzes werden von beiden Kliniken eine Reihe von Kritikpunkten angemeldet:

- Das Unterbringungsverfahren dauere zu lange. Nach der Entscheidung eines Jugendlichen/seiner Familie einen Heimplatz zu suchen, bis zur Aufnahme in einem Heim vergingen nicht selten 4 bis 6 Wochen. Der als zu bürokratisch und unflexibel beurteilte Prozeß der Heimplatzvermittlung bewirke auf diese Weise bei vielen Jugendlichen im Grenzbereich zur Jugendhilfe eine unnötige »Überpsychiatisierung« (vgl. hierzu auch Köttgen/Kretzer 1990, S.91 ).
- Die Kollegen und Kolleginnen im Bezirkssozialdienst (AS) seien zwar für die Initiierung der Unterbringung zuständig - müßten also zunächst überzeugt werden und den Unterbringungsbedarf in einem entsprechenden Bericht begründen - verlören dann - wenn sie sich in einem Fall gerade kompetent gemacht haben - aber ihre Zuständigkeit an das Erziehungssachgebiet des Amtes für Jugend. Hierdurch würden sich längerfristige Kooperationsprozesse gar nicht erst ergeben.



- Bei einer Heimplatzvermittlung können die Kliniken nicht an eigene Kooperationszusammenhänge mit bestimmten Heimen anknüpfen, da das Erziehungssachgebiet, die Kompetenz der Kliniken, selbst geeignete Heime zu benennen und anzusprechen, nicht anerkennt.
- Der Mangel an heilpädagogischen Heimen in Hamburg würde dem z.T. intensiven Betreuungsbedarf einzelner Jugendlicher nicht gerecht. Besser ausgestattete Heime in Schleswig-Holstein würden aber vom Amt für Jugend nur widerwillig belegt. Am ehesten gehe dies noch, wenn eine »seelische Behinderung« attestiert sei und eine Unterbringung nach § 39 BSHG erfolgen könne.
- Die Rolle des jugendpsychiatrischen Dienstes bei Unterbringungsverfahren aus der Klinik sei unklar. Es bestehe hier ein Kooperationsmangel, der sich unter Umständen bei später im Heim wieder akut werdenden psychiatrischen Zuständen negativ für den/die Minderjährige(n) auswirken kann.

Die Kooperation mit den Heimen selbst wird von beiden Kliniken als uneingeschränkt positiv beurteilt. In den Fällen, wo ein junger Mensch in ein Heim gehe, werde den entsprechenden Einrichtungen weitere Unterstützung und Beratung angeboten und in der Regel auch die Bereitschaft erklärt, in erneuten Krisensituationen des Kindes/Jugendlichen eine Wiederaufnahme in der Klinik durchzuführen. Meistens würden diese Angebote von den Heimen jedoch nicht in Anspruch genommen, da ihre eigenen Ressourcen ausreichten, eventuellen Krisen zu begegnen.

In jenen Fällen, wo eine Aufnahme aus einem Heim geschehe, würde häufig parallel mit den ErzieherInnen gearbeitet, um diese für die weitere Arbeit mit dem/der Jugendlichen zu stärken. Selten würde die Klinikeinweisung von den Fachkräften des Heimes als Abschiebung gesehen - vielmehr gehe es um legitime Entlastungen für den Zeitraum akuter Krisen. Aus einzelnen Einrichtungen habe es im Zuge solcher Aufnahmen aus Heimen auch längerfristige Hospitationen der zuständigen ErzieherInnen in der Klinik gegeben. Dieses Verfahren sei von beiden Seiten als sehr fruchtbar erlebt worden. Kritisch sei jedoch - wieder mit Blick auf das Amt für Jugend - anzumerken, daß von seiten der Kostenträger nicht immer eingesehen werde, daß die entsprechenden Heimplätze auch über längere Zeit für eine Rückkehr des /der Jugendlichen freigehalten werden sollten, da eine sich länger hinziehende Therapie in der Klinik nicht dadurch belastet werden sollte, daß der/die Jugendliche seinen/ihren Lebensort im Heim verliere.

#### Fallbeispiel

Am Beispiel der Aufnahme eines 14jährigen Mädchens im Wilhelmstift wird eine, als gelungene Kooperation gewertete, Zusammenarbeit zwischen Heimerziehung und Jugendpsychiatrie deutlich. Das Mädchen hatte vor der Aufnahme in die Klinik in einer Wohngruppe eines Heimes gelebt. Aus der Akte des Mädchens sei - ermittelt durch den sozialen Dienst - hervorgegangen, daß ein erhärteter Verdacht auf sexuellen Mißbrauch des Mädchens durch ihren Vater bestehe. Die MitarbeiterInnen der Einrichtung hätten auf die zunehmenden Verdachtsmomente gegenüber dem Vater bezüglich des sexuellen Mißbrauchs seiner Tochter so reagiert, daß sie gegenüber dem Mädchen ein Besuchsverbot beim Vater ausgesprochen hätten. Dieses Besuchsverbot habe jedoch nicht das Einverständnis des Mädchens gefunden. In den folgenden Wochen habe das Mädchen gegenüber den männlichen Mitarbeitern der Wohngruppe den Vorwurf erhoben, daß diese sie ebenfalls sexuell mißbraucht hätten. Dieses habe zu einer Strafanzeige gegenüber den Mitarbeitern geführt. In den nun immer weiter eskalierenden Konflikt seien neben Familie und Heim immer weitere Personen und Instanzen einbezogen worden (Vormund, Heimleitung, jugendpsychiatrischer Dienst, usw.). Insgesamt seien zum Höhepunkt dieses Konflikts 13 unterschiedliche Institutionen/Personen mit diesem »Fall« beschäftigt gewesen. Hinzu sei gekommen, daß sich das Mädchen laut jugendpsychiatrischer Diagnose in einem präpsychotischen Zustand befunden habe. Unter Berücksichtigung des psychischen Zustandes des Mädchens sei eine Auflösung des o.a. Konfliktes nur dadurch möglich gewesen, das Mädchen in der stationären Jugendpsychiatrie aufzunehmen. Diese Aufnahme erfolgte im übrigen auf Wunsch des Mädchens. Der jugendpsychiatrische Dienst des Amtes für Jugend stimmte der Aufnahme zu.

Die Aufnahme des Mädchens in der Klinik hatte zunächst die Wirkung, daß die Vielzahl der mit dem »Fall« beschäftigten Personen und Institutionen auf 3 Personen/Institutionen reduziert wurde (stationäre Jugendpsychiatrie, Heim, Vormund). Die MitarbeiterInnen des Heimes seien regelmäßig in die Klinik gekommen und seien in den therapeutischen Prozeß einbezogen worden. Der Vormund sei zu jeder Zeit über die Entwicklung auf dem laufenden gehalten worden.

In der Beurteilung des soeben dargestellten Falles könne man nicht davon ausgehen, daß es sich hier um eine Grenzfallproblematik handele. Vielmehr werde an dem oben zitierten Beispiel deutlich, daß es in bestimmten Situationen Kooperationsnotwendigkeiten gebe, wo beide Disziplinen ihre Möglichkeiten einbringen könnten. Die Jugendlichen selbst würden durch solche Kooperationsprozesse nicht zu Grenzfällen.

Von »Grenzfällen« zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie könne man nach übereinstimmender Auffassung der MitarbeiterInnen - wenn überhaupt - nur dann sprechen, wenn sich medizinische und psychosoziale Probleme überschneiden. Ein Beispiel hierfür sei nach Ansicht der KollegInnen des UKE, wenn das Problem »Dissozialität« mit organischen Problemen einhergehe. So gebe es mitunter die Erfahrung, daß bei Jugendlichen hirnorganische Probleme (z.B. verursacht bei der Geburt) vorlägen, die dann keine intensive Behandlung erfahren hätten, und wo eine angemessene Beratung und Betreuung der Eltern nicht stattgefunden hätte. Die hirnorganische Problematik habe sich dann bei diesen Jugendlichen durch vielfältige soziale Probleme überlagert, so daß sich das Problem der organischen Störung und der Dissozialität zu einem hochkomplexen Problembild vermischen würde. Die medizinische Seite sei allerdings mit der Diagnose »cerebraler dysfunction« abgeschlossen, wenn deutlich sei, daß eine medizinische Lösung nicht besteht. Die Bereitstellung eines belastbaren Lebensfeldes für solche Jugendliche sei Aufgabe der Jugendhilfe.

#### Fallbeispiel

Ein 15jähriges, leicht geistig behindertes Mädchen stammt aus einer sozial sehr schwachen Familie. Sie hat noch eine jüngere Schwester, die noch deutlichere Zeichen geistiger Behinderung zeige. Die Eltern sind nicht in der Lage, allein die materielle Versorgung der Kinder befriedigend sicherzustellen. Das 15jährige Mädchen habe bis zu diesem Lebensalter stets versucht, den äußeren Anforderungen (z.B. in der Schule) zu genügen. Dann jedoch sei dieses System wegen Überforderung des Mädchens zusammengebrochen. Eines Tages wurde von dem Mädchen die gesamte Wohnung incl. der Haustüren zertrümmert und sie habe auf ihre Mutter eingeschlagen. Das Mädchen sei völlig außer sich gewesen und habe große Sachschäden und Verwüstungen angerichtet. Im Rahmen einer Zwangseinweisung sei sie dann ins UKE eingewiesen worden. Im UKE habe sich das Verhalten des Mädchens so fortgesetzt. Sie habe ihre Zimmereinrichtung in kleinste Stücke zerfetzt. Medikamente habe man ihr dennoch nicht verabreicht, um überhaupt erst einmal abklären zu können, welche Motive das Mädchen habe. Die Klinik habe hier lediglich herausarbeiten können, daß bei dem Mädchen ein mit der Geburt verbundenes frühkindliches Hirntrauma vorliegt. Dies sei jedoch für die Klinik kein handlungsrelevantes Wissen gewesen, d.h. die Schädigung habe sich zwar feststellen lassen, jedoch sei sie nicht durch psychiatrische/medizinische Aktivitäten veränderbar, geschweige denn heilbar gewesen. Man habe sich später entschieden, dem Mädchen Medikamente zu geben, was zu einer, wenn auch nicht bedeutenden, Reduktion ihres destruktiven Umgangs mit den Gegenständen in ihrem Zimmer geführt habe. Die Möglichkeiten der Jugendpsychiatrie seien sehr schnell als ausgereizt erkannt worden. Man habe sich daraufhin an das Amt für Jugend gewandt, da es notwendig geworden sei, für das Mädchen einen langfristigen Lebensort zu finden, da weder sie noch die Eltern eine Rückkehr ins Elternhaus für machbar hielten. Dies sei u.a. im Verlauf mehrerer Wochenendbeurlaubungen zu den Eltern deutlich geworden, in denen das Mädchen häufig große Verwüstungen in der Wohnung ihrer Eltern angerichtet habe und ihre Eltern auch körperlich angegriffen habe. Da die Klinik jedoch keine weiteren Veränderungen bei dem Mädchen bewirken konnte, andererseits aber auch nicht zum langfristigen Lebensort für dieses Mädchen werden wollte, wurde der Schritt der Einschaltung des Amtes für Jugend gewählt. Mit dieser Entscheidung habe sich die Zerstörungswut des Mädchens zunächst etwas reduziert.

Die hier geschilderte Situation lasse sich auch deshalb sehr gut als »Grenzfall« charakterisieren, weil es dem Amt für Jugend nicht gelungen sei, in Hamburg eine geeignete Jugendhilfeeinrichtung für dieses Mädchen zu finden. Erst nach vielen Mühen

sei es gelungen, außerhalb Hamburgs eine Einrichtung zu finden, wodurch eine ansonsten drohende Langzeitunterbringung in einer (Jugend)Psychiatrie nochmal abgewehrt werden konnte. Ob das Mädchen später erneut in eine jugendpsychiatrische Klinik eingewiesen worden ist, ist nicht bekannt, läßt sich jedoch aufgrund der massiven Symptomatik des Mädchens und der dadurch hervorgerufenen Hilflosigkeit der sie betreuenden Menschen nicht ausschließen.

Eine weniger auf gemeinsame Hilflosigkeit als auf gegenseitige Unterstützung aufgebaute Grenzfall-Situation wird im folgenden Beispiel dargestellt:

#### Fallbeispiel

Ein Jugendlicher, welcher unter schweren epileptischen Anfällen leidet, wird aufgrund seiner daneben bestehenden psychischen Problematik aus seinem Elternhaus in der Klinik aufgenommen. Im Verlauf des Klinikaufenthaltes wird deutlich, daß der Junge nicht in seine Familie zurückkehren können, weil diese durch seine Betreuung überfordert ist. Im Verlauf des Klinikaufenthaltes ereignet sich ein Unfall, indem der Jugendliche bei einem Ausflug in die Stadt plötzlich das Bewußtsein verliert, und um haaresbreite von einem Auto überfahren worden wäre. Dieser Unfall führt zu einer großen Verunsicherung der MitarbeiterInnen bezüglich der ihnen auferlegten Aufsichtspflicht. Es wird deutlich, daß der Junge stets eine besondere Aufmerksamkeit (Aufsicht) seitens der MitarbeiterInnen erforderlich macht.

Dieser Jugendliche wird nach seinem Klinikaufenthalt in eine Wohngruppe eines Heimes überwiesen. Angesichts der Symptomatik des Jungen und angesichts des auch den MitarbeiterInnen in der Wohngruppe bekannten Unfalles während des Klinikaufenthaltes, besteht bei den ErzieherInnen ein hohes Maß an Angst und Unsicherheit, aufsichtsrechtlichen Belangen genügen zu können. Dieses sehr hohe Maß an Unsicherheit wird erheblich dadurch gesteigert, daß der Jugendliche nach einiger Zeit des Aufenthaltes in der Wohngruppe beginnt, mit Selbstmorddrohungen zu agieren. Der Junge fordert, daß er zurück in die Klinik möchte, da es ihm dort besser gefallen habe. Mit einigen provozierenden Suizidversuchen verleiht er dieser Forderung Nachdruck. Angesichts dieser Situation und angesichts des kontinuierlich weiter bestehenden Kontaktes zwischen der Wohngruppe und der Klinik erklärt sich die Klinik bereit, den Jungen für einen nicht näher definierten Zeitraum wiederaufzunehmen. Nach 3 Wochen sei es möglich gewesen, den Jungen wieder in die Heimgruppe zurückzuüberweisen.

Bei diesem Jugendlichen handele es sich sicherlich um einen Grenzfall, zumal gleichzeitig eine schwere körperliche Symptomatik (Epilepsie), als auch eine psychische Symptomatik (Suizidalität) bestehen. Andererseits dürfe man den Wechsel zwischen Heim und Klinik, der sich nach Ansicht aller Beteiligten durchaus noch einmal wiederholen kann, nicht als Versagen der ein oder anderen Einrichtung bewerten, sondern hier handele es sich um einen legitimen Wechsel, der von seiten des Jugendlichen gewollt/provoziert werde und der auf dessen gute Beziehungen sowohl zu den WohngruppenmitarbeiterInnen als auch zu den KlinikmitarbeiterInnen beruhe.

Die bisher geschilderten »Grenzfälle«, in denen zumindest grundsätzlich die gemeinsame oder wechselhafte Zuständigkeit beider Disziplinen von diesen anerkannt sei, sind nach Ansicht der MitarbeiterInnen beider Kliniken aber nur »die eine Seite der Medaille«. Es gebe einen - allerdings nicht sehr groß eingeschätzten - Kreis von Jugendlichen, für die weder die Jugendpsychiatrie noch die Jugendhilfe adäquate Angebote habe. Es gebe eine Angebotslücke zwischen den Bereichen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie insbesondere für z.B. extrem dissoziale Jugendliche oder für Drogenabhängige. Hier gebe es eine »Zielgruppe ohne Angebot«, wo die so häufig zitierte Konkurrenz der Systeme darin bestehe, die hiervon betroffenen Jugendlichen auszugrenzen und der jeweils anderen Disziplin den Handlungsauftrag zuzuschieben. Aus der Sicht der beiden jugendpsychiatrischen Kliniken ließe sich dies Problem nur durch ein neues, integriertes Wohn- und Behandlungsangebot lösen.

»Das ist im Grunde ein Riesenloch. Sie wissen nicht, wohin mit den S-Bahn-Surfern, oder überhaupt mit den Kriminellen oder mit den sexuell Deviaten - hier ist es ja auch schwierig -, und da kann man am ehesten sagen, da ist auch eine Therapie notwendig.

In Gesprächen ... taucht es immer wieder auf, im Grunde bräuchten wir - oder wäre es ideal -, wenn wir Einrichtungen hätten, die weder psychiatrisch sind, noch ganz normale Heime sind, sondern die irgendwo einen ganz straffen pädagogischen Rahmen bieten können, wo auch die ganzen aggressiven Ausflipper aufgefangen werden können.« (Gruppeninterview, Wilhelmstift)

Auf ein besonders im UKE beobachtetes Phänomen soll abschließend zum Thema »Grenzfälle« noch kurz eingegangen werden. Selten werde im Zusammenhang der Überweisung aus der Klinik in ein Heim von Grenzfällen gesprochen. Selbst wenn nach einiger Zeit des Heimaufenthaltes ein erneuter Klinikaufenthalt nötig werde, werde dies als positive Zusammenarbeit interpretiert. Selbst bei mehrmaligen Wechseln zwischen Klinik und Heim werde jede Rückkehr ins Heim als Erfolg für die gemeinsamen Normalisierungsbestrebungen interpretiert (»Erfolgsspirale«).

Unter einem wesentlich unglücklicheren Stern ständen wechselseitige Überweisungen, an deren Anfang ein Wechsel vom Heim in die Klinik steht. Am Beginn der Zusammenarbeit stehe in diesem Fall das Empfinden des Scheiterns des Heimes. Wiederholt notwendige Klinikunterbringungen würden unter diesem Eindruck zumeist als Mißerfolgsspirale interpretiert - selbst wenn es sich um eine vergleichbare Problematik, wie im ersten Fall handelt. Dort stehe am Beginn der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Heim die Interpretation, daß die Klinik die Behandlung (vorerst) erfolgreich abgeschlossen habe. So könne auch die Klinik nach Übergang eines jungen Menschen in ein Heim anbieten, bei Schwierigkeiten den Jugendlichen zurückzunehmen oder das Heim zu unterstützen. Ein gleichwertiges Angebot sei im umgekehrten Falle aus der Sicht des Heimes nur schwer denkbar.

Besonders in dieser zweiten Situation würde der Begriff »Grenzfall« in erster Linie verwandt, da auf Seiten der Jugendhilfe eigene Grenzen erreicht seien und eine Legitimation dafür geschaffen werden müsse, daß die Problematik des Jugendlichen nunmehr im Rahmen (stationärer) Jugendpsychiatrie zu bearbeiten sei. Der Begriff des »Grenzfalls« bzw. die konkrete Zuschreibung als »Grenzfall« habe ihren Ursprung folglich zumeist im System der Jugendhilfe. Für die Jugendpsychiatrie sei dieser Begriff dagegen wenig hilfreich.

### *Einschätzungen, Empfehlungen, Desiderate*

Alle befragten MitarbeiterInnen der jugendpsychiatrischen Kliniken erklärten übereinstimmend, daß sie das Platzangebot an stationären Klinikplätzen in Hamburg für ausreichend halten. Die von der Expertenkommission der Bundesregierung entwickelten Platzzahlvorstellungen für den stationären klinischen Bereich (vgl. BMJFFG 1988) werden in Hamburg - wie oben gezeigt - weit unterschritten. Dennoch wird eine Aufstockung der Plätze in Hamburg für unnötig erachtet. Im Gegenteil: Bezieht man die von beiden Kliniken geäußerte Kritik, daß eine bessere Kooperation/Koordination mit ambulanten (jugend)psychiatrischen Diensten in Hamburg die Zahl der stationären Aufenthalte noch verringern könne (oder die Dauer verkürzen), in die Betrachtung mit ein und nimmt man die eigene Einschätzung des UKE, daß es in vielen Fällen als »Übergangsheim« fungiere und daß es im Übergang zur Heimerziehung zu unnötigen Zeitverzögerungen komme (von 4-6 Wochen) (»Überpsychiatisierung«), scheinen eher noch Reduktionen stationärer Kapazitäten denkbar. Ein gänzlicher Verzicht auf stationäre Kapazitäten - wie er mitunter aus Jugendhilfekreisen gefordert werde - sei

allerdings völlig illusionär und würde den unverantwortlichen Verzicht auf ein für manche Kinder und Jugendlichen doch existenziell notwendiges Hilfsinstrument darstellen.

Zum Thema Pflichtversorgung: Die Kritik, daß die Jugendpsychiatrie die Pflichtversorgung auch für Minderjährige der Erwachsenenpsychiatrie (AK Ochsenzoll) überlasse und sich damit einer wichtigen Verantwortung entziehe, lassen beide Kliniken nicht gelten. Zum einen sei der Anteil der nach § 31 Hamburger PsychKG eingewiesenen Jugendlichen in Hamburg äußerst gering (vgl. auch Tabelle 3), zum anderen bestehe mit dem AK Ochsenzoll eine Vereinbarung, daß nach Überwindung der akuten Krise, die zur Einweisung geführt habe, eine Überweisung an die Jugendpsychiatrie erfolgt.

Würde eine der jugendpsychiatrischen Kliniken die Pflichtversorgung übernehmen, wäre sie gezwungen, einen geschlossenen Teilbereich zu institutionalisieren, wo man zwangseingewiesene Jugendliche festhalten könne. Beide Jugendpsychiatrien wollen aber bewußt keine geschlossene Heimunterbringung durchführen - was jedoch nicht heiße, daß man darauf verzichten könne, in besonderen Krisen Jugendliche in der Klinik festzuhalten (vgl. hierzu auch Fußnote 5). Die wenigen Fälle, die im AK Ochsenzoll aufgenommen würden, würden ein von vornherein institutionalisiertes geschlossenes Angebot im Rahmen der Jugendpsychiatrie jedoch nicht rechtfertigen.

Die Aufhebung der geschlossenen Heimerziehung in Hamburg wurde in diesem Zusammenhang auch von allen InterviewpartnerInnen in der Jugendpsychiatrie begrüßt. Man habe jedoch bezüglich der Heimerziehung die Kritik, daß die Entspezialisierung und Alltagsorientierung der Einrichtungen zu weit ginge. Dies könne vielleicht für einige Minderjährige in öffentlicher Erziehung angebracht sein, aber die Kinder und Jugendlichen aus der Jugendpsychiatrie und viele, die aus dem Elternhaus aufgenommen würden, seien nach Ansicht der Klinikfachkräfte mit dem Leben in solchen Heimen/ Wohngruppen überfordert. Im Einzelnen wurde kritisiert:

- ▶ Es fehle in Hamburg an heilpädagogischen Heimen (mit besonderen Personalschlüsseln und übergreifenden therapeutischen Diensten). Komplexen mehrdimensionalen Betreuungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen werde man daher nicht gerecht.
- ▶ Die Diskrepanz zwischen dem intensiven, strukturgebenden Leben in der Klinik und dem »Dschungel des Alltags« in den Heimgruppen sei zu hoch. Gerade für ehemals psychotische Kinder und Jugendliche würden enge Betreuungsrahmen benötigt.
- ▶ Innerhalb der Heimerziehung werde zu wenig strukturiert gearbeitet und zu wenig klare Rahmen geschaffen, an denen Jugendliche sich orientieren können (»Liebevoller Strenge«).
- ▶ In zu vielen Einrichtungen beständen aufgrund des Mangels an »Rund-um-die-Uhr«-Betreuungen erhebliche Betreuungsdefizite, die für viele Krisen von Kindern und Jugendlichen mitverantwortlich zu machen seien.
- ▶ Die meisten Einrichtungen in Hamburg seien zu »hochschwellig«, d.h. die Kinder und Jugendlichen müßten, um dort zurecht zu kommen, ein Maß an Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit erreicht haben, was für die meisten Kinder und Jugendlichen aber eher unrealistisch sei.
- ▶ Bezüglich der (begrüßten) Abschaffung der geschlossenen Unterbringung in Heimen besteht allerdings die Frage, ob genügend Anstrengungen unternommen würden, neue, andere Formen der Arbeit mit den ehemals eingesperrten Jugendlichen zu entwickeln. Die Jugendpsychiatrie könne für dieses Problem zwar kurzfristige Kooperationen anbieten, aber keine Lösungen.

Auf die Nachfrage, ob diese Kritik gleichermaßen für alle Hamburger Jugendhilfe-Einrichtungen gelte, wurde jedoch deutlich differenziert. Es sei insbesondere der Landesbetrieb (LEB) und dessen Einrichtungen, auf den diese Kritik gemünzt sei. Deshalb arbeite man auch kaum mit ihm zusammen (vgl. auch Tabelle 14). Bei den freien Trägern - und hier wurden von beiden Einrichtungen der Margaretenhort und das Rauhe Haus ausdrücklich hervorgehoben - erkenne man in den letzten Jahren eine große Bereitschaft mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu arbeiten und zu leben und große Anstrengungen, den Betreuungsbedürfnissen dieser jungen Menschen gerecht zu werden. Ihr Angebot könne jedoch den Bedarf bei weitem nicht decken.

Im Hinblick auf die »Grenzfall«-Diskussion und auf die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Heimen wurden im Laufe der Interviews folgende Wünsche und Empfehlungen ausgesprochen:

- ▶ Drastische Verbesserung des Supervisionsangebotes in Heimen. Dies sei nötig, da Supervision im Vorfeld von Überforderung einsetze. So könne man im Heim Eskalationen von Lebenskrisen vorzeitig erkennen und ggf. unterbinden, was Klinikeinweisungen häufiger überflüssig machen könne.
- ▶ HeimmitarbeiterInnen sollten ihre »Berührungsängste« zur Jugendpsychiatrie abbauen, dann würden sie erkennen, daß sie die Qualifikation der MitarbeiterInnen der Klinik zumeist völlig überhöht sehen. Erst wenn es zu einer realistischen Einschätzung der HeimmitarbeiterInnen über ihre besonderen Qualifikationen komme und zu einer realistischen Einschätzung der begrenzten Wirkungsmöglichkeiten von Jugendpsychiatrie, könne ein gleichwertiger Aushandlungsprozeß über die richtige Maßnahme für einen Jugendlichen erfolgen. Ein Mittel könnten z.B. wechselseitige Hospitationen und die Pflege fachlicher interdisziplinärer Kontakte sein.
- ▶ Die Kliniken brauchen eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit. Außerdem sei die Herstellung persönlicher Kontakte zwischen (Leitungs-)Fachkräften eine Voraussetzung für gelingende Kooperation zwischen den Systemen.
- ▶ Eine verbesserte Koordination und Kooperation mit ambulanten (jugend-)psychiatrischen Diensten. Hierdurch ließe sich die Zahl (dauer-)stationärer Aufenthalte weiter verringern.
- ▶ Die Vermittlungen von Kindern und Jugendlichen von der Klinik ins Heim sollten entbürokratisiert werden. Wenn das Erziehungssachgebiet schon anerkenne, daß die Entscheidung zur Heimunterbringung in der Klinik qualifiziert herausgearbeitet wurde - hier gibt es grundsätzlich keine Probleme - sollte es auch die inhaltliche Kompetenz der Klinikfachkräfte anerkennen, über den zukünftigen Lebensort des jungen Menschen maßgeblich mitentscheiden zu können.
- ▶ Verzicht auf stigmatisierende Zuschreibungen im Rahmen der Unterbringung als »seelisch Behinderter«. Das Amt für Jugend sollte bei notwendigen Heimunterbringungen auf die Anforderung von Unterlagen aus den Kliniken verzichten und sich ggf. lieber auf eigene Diagnostik stützen. »Sie wollen Befunde bezüglich eines Jugendlichen zum Zeitpunkt X für den Gebrauch zum Zeitpunkt Y, wo sie ohnehin nicht mehr stimmen.« Die Diagnosen bzw. Befunde, die die Klinik bei Aufnahme erstelle, seien in der Regel für die Frage der Heimunterbringung wertlos, da sie lediglich Zustandsbeschreibungen enthalten, die sich im Entwicklungsprozeß der Kinder und Jugendlichen ohnehin ständig verändern würden.
- ▶ Mehr Transparenz bezüglich der Rolle des jugendpsychiatrischen Dienstes bei der Zusammenarbeit mit dem Jugendhilfesystem. Der jugendpsychiatrische Dienst solle dort als Transformator zwischen Heimen und Kliniken dienen, wo Kooperation

notwendig aber schwierig ist. Statt dessen erlebe man die Zusammenarbeit mit dem jugendpsychiatrischen Dienst selbst als schon sehr schwierig.

- ▶ Schaffung von mehr »niedrigschwelligen« Einrichtungen in der Jugendhilfe (wo die Selbständigkeits-Anforderungen an die Jugendlichen nicht so hoch sind).
- ▶ Schaffung integrierter Wohn- und Betreuungsangebote für jene Jugendlichen, die zur Zeit weder von der Jugendpsychiatrie noch von der Jugendhilfe erreicht werden.
- ▶ Schaffung eines ständigen paritätischen Ausschusses mit MitarbeiterInnen aus Heimen, Kliniken und Behörde. Trete man heute erst dann zusammen, wenn ein konkretes Problem überschäume, könne ein solcher Ausschuß - der sich gar nicht so häufig treffen bräuchte - präventiv Kommunikationsformen entwickeln, die einer Lösung der dann auftretenden konkreten Probleme/Konflikte eher dienlich wären, als heute oft entstehende gegenseitige Schuldzuschreibungen im Falle universeller Hilflosigkeit.
- ▶ Lösung des Datenschutzproblems bei erweiterten Fallkonferenzen in Konfliktsituationen. Bislang sei das Problem des persönlichen Datenschutzes bei interdisziplinären Fallkonferenzen (»alle an einem Tisch«) nicht hinreichend gelöst. Gerade die besonders exponierten »Fälle« waren in der »gesamten Fachwelt Hamburgs« bekannt (M.U.).
- ▶ Überwindung der zersplitterten Rechts- und Finanzierungssysteme für Jugendliche und junge Erwachsene. Das bestehende Rechts- und Finanzierungssystem fördere eher Ausgrenzungsprozesse, als daß es integrierend wirke (»Institutionenborniertheit«). Eine Pool-Finanzierung aller pädagogischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Maßnahmen aus einem Topf würde ein drastisches Absinken von Konflikten zur Folge haben.

## 5.2 Heime und Wohngruppen

Der in Kapitel 4.3 vorgenommene Blick auf die Praxis der Heimplatzvermittlung in Hamburg vermittelte den Eindruck, als sei die Zusammenarbeit zwischen der Heimerziehung und der stationären Jugendpsychiatrie auf Seiten der Heime eine fast ausschließliche Angelegenheit der freien Träger. Von den 27 psychiatrienerfahrenen Jugendlichen waren lediglich zwei in Einrichtungen des Landesbetriebes LEB vermittelt worden. Dieser Eindruck bestätigte sich auch durch die Rückmeldung aus den zuständigen Referaten im Landesbetrieb, die nur mit Mühe InterviewpartnerInnen aus den Einrichtungen benennen konnten, die über Erfahrung in der Zusammenarbeit mit der Jugendpsychiatrie verfügten.

Wenn im folgenden Erfahrungen und Einschätzungen zum Thema »Grenzfälle« aus der Sicht der Heimerziehung referiert werden, werden diese sich daher vorrangig auf die Interviews mit VertreterInnen der freien Träger (Margaretenhort, Rauhes Haus) stützen. Wiewohl neben der Abschaffung der geschlossenen Unterbringung und der Dezentralisierung auch die Entspezialisierung als ein Eckpfeiler der Hamburger Heimreform gelten, scheint sich doch - wie die bisherigen Ergebnisse gezeigt haben - eine neue Arbeitsteilung (Spezialisierung) bezüglich der Arbeit mit psychiatrienerfahrenen Kindern und Jugendlichen zwischen verschiedenen Heimträgern herausgebildet zu haben.

Die wenigen Vermittlungen von Kindern und Jugendlichen aus den jugendpsychiatrischen Kliniken in Einrichtungen des Landesbetriebes konzentrieren sich auch hier wieder auf

einige wenig Verbünde oder Heime, die dadurch z.T. intern wieder als »Psychiatrie-Spezialisten« gelten.

Wie in den Kapiteln 4 und 5.1 schon dargestellt, findet der größte Teil der Kooperation zwischen Heimen und Kliniken im Rahmen von Überweisungen von der Klinik ins Heim statt. Etwa 30% der in Kliniken behandelten jungen Menschen wechseln danach in Heimerziehung über. Die Überweisung von Heimen in die Kliniken stellt dagegen eher die Ausnahme dar.

In den meisten Fällen der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen aus den jugendpsychiatrischen Kliniken, seien die Gründe und Ursachen, die die jungen Menschen in die Klinik gebracht haben, dort so weit bearbeitet, daß eine neue Lebensperspektive für sie gefunden werden muß. In diesen Fällen - in denen sich das UKE selbst als »Übergangswohnheim« bezeichnet (vgl. Kapitel 5.1) - sei der familiäre Ablösungskonflikt »über den die Jugendlichen verrückt geworden sind« mit der Entscheidung zur Heimunterbringung hinreichend geklärt (Moratorium) und ein weiterer oder erneuter Einbezug der Jugendpsychiatrie sei nicht nötig oder absehbar. Folglich konstituiert sich in solchen Situationen zumeist kein besonderes, auf den Einzelfall bezogenes Kooperationsverhältnis.

Schwieriger stellt sich die Situation dar, wenn für Kinder und Jugendliche mit deutlich jugendpsychiatrischer Symptomatik (z.B. psychotische Jugendliche, suizidgefährdete Jugendliche) ein Heimplatz gefunden werden muß. In solchen Fällen wird von den befragten Einrichtungen darauf geachtet, daß die abgebende Klinik nicht aus der Verantwortung entlassen wird. Der Margaretenhort beschreibt das Aufnahmeverfahren in solchen Fällen z.B. folgendermaßen:

Wenn eine Anfrage an das Heim gerichtet werde, wird zunächst von der Heimleitung überlegt, welche Gruppe für diesen betroffenen Jugendlichen in Frage kommen könne. Hierzu würden alle schriftlichen Äußerungen der sozialen Dienste und der Jugendpsychiatrie herangezogen. In Gesprächen mit den GruppenmitarbeiterInnen würde dann herausgearbeitet, ob sich die jeweilige Gruppe eine Aufnahme des Jugendlichen vorstellen könne. Im Anschluß an eine positive Entscheidung diesbezüglich werde von seiten des Heimes eine Kontaktabstimmungsphase arrangiert. Die MitarbeiterInnen der Gruppe würden dann in die Jugendpsychiatrie fahren und dort ein gemeinsames Gespräch mit dem Jugendlichen bzw. mit den ÄrztInnen oder den BetreuerInnen führen. Im Rahmen dieser Vorgespräche wird mit den KlinikmitarbeiterInnen und mit dem Jugendlichen abgeklärt, welche Vorstellungen hinsichtlich des späteren Heimaufenthaltes bestehen, und welche Erwartungen an die Gruppe des Margaretenhortes herangetragen werden. Als weiterer Schritt würde der Jugendliche dann die Einrichtung besuchen und kennenlernen. Parallel hierzu arbeiten sich die Teammitglieder stärker in die Problematik ein, indem sie das UKE, die dort behandelnden ÄrztInnen aufsuchen und sich hinsichtlich der Problematik des Jugendlichen vertiefend beraten lassen. Die endgültige Entscheidung über die Aufnahme werde zu großen Teilen von dem Jugendlichen selbst getroffen. Es ist der Einrichtung wichtig, daß der Jugendliche sich selbst vorstellen kann, in der ihm angebotenen Gruppe im Margaretenhort zu leben. Von seiten des Margaretenhortes wird nach einer Aufnahme stark darauf geachtet, daß sich die abgebende Klinik auch weiterhin zuständig erklärt, sei es für die kontinuierliche Beratung, sei es für die ggf. notwendige Krisenintervention, d.h. Aufnahme in die Klinik.

Von der Klinik wird erwartet, daß in Problemsituationen eine ambulante Betreuung und darüber hinaus eine Beratung der MitarbeiterInnen durch Klinikfachkräfte, die den



Jugendlichen kennen, erfolgen kann. Hierzu gehört auch, daß die Klinik sich im Falle einer eskalierenden psychischen Krise zur Wiederaufnahme bereiterklärt, so daß eine Odyssee durch verschiedene Kliniken, die gerade einen Platz frei haben, ausgeschlossen ist. »Das macht einen natürlich etwas mutiger, als wenn so ein Arrangement nicht da wäre.« Auch für die Jugendlichen ist dieses Arrangement von besonderer Wichtigkeit, zu wissen, daß man im Bedarfsfall in die bekannte Station zurückkehren kann.

Das hier für den Margaretenhort charakterisierte Aufnahmeverfahren wird so oder ähnlich auch von den anderen befragten Einrichtungen praktiziert.

Als häufigste Kooperationspartner in dem hier skizzierten Sinne wird das UKE genannt. Mehrere der befragten Einrichtungen haben über die letzten Jahre ein sehr intensives Kooperationsverhältnis zum UKE aufgebaut. Diese Einrichtungen berichteten von gegenseitigen Besuchen und Hospitationen mit MitarbeiterInnen des UKE, die in erheblichem Maße dazu beigetragen hätten, der Klinik das eigene Leistungsprofil zu verdeutlichen, aber auch dazu geführt hätten, die überhöhten Leistungsvorstellungen, die man sich von der Klinik gemacht habe, auf ein realistisches Maß zu reduzieren. Gerade durch die gegenseitigen Hospitationen sei man dem Ziel, gleichberechtigt und partnerschaftlich zusammenzuarbeiten, ein Stück näher gekommen.

So sei es z.B. zwischen dem UKE und einer Wohngruppe im Landesbetrieb zu einer sehr pragmatischen Zusammenarbeit im Falle eines Jugendlichen mit einem ausgeprägten Waschzwang gekommen. Von seiten des behandelnden Psychiaters sei eingestanden worden, daß alle Therapieversuche bislang fehlgeschlagen seien. Der Psychiater habe sich jedoch bereit erklärt, ambulant weitere therapeutische Versuche zu unternehmen und den MitarbeiterInnen zur Beratung zur Verfügung zu stehen. Dieses Eingeständnis des Jugendpsychiaters habe es dem Team leichter gemacht, die Symptomatik des Jugendlichen zu ertragen. Man habe einen Weg gefunden, miteinander zu leben und dem Jugendlichen zu vermitteln, daß auch er mit seinem Waschzwang würde leben müssen. In letzter Zeit habe sich dort jedoch auch eine positive Veränderung ergeben, ohne daß man allerdings sagen könne, ob diese auf therapeutische, pädagogische oder völlig andere Faktoren zurückzuführen ist.

Eine andere, von seiten des Interviewpartners ebenfalls als positiv bewertete Kooperationserfahrung nach Aufnahme aus der Klinik stellt folgendes Beispiel dar:

#### Fallbeispiel

Ein 16jähriges Mädchen mit starker Diabetes habe über ein Jahr im Wilhelmstift gelebt und sei hochgradig suizidal gewesen. Nach der Überweisung ins Heim habe das Mädchen durch gezielte Unterzuckerung in Konfliktsituationen bedrohliche körperliche Zustände hergestellt. Man habe den Eindruck gehabt, das Mädchen habe mit diesen Aktionen Anforderungen von seiten des Heimes oder von seiten der Schule unterlaufen wollen. Die zuständigen Psychiater hätten gegenüber dem Mädchen in weiteren Gesprächen deutlich gemacht, daß sie fürderhin selbst für ihr Leben verantwortlich sei. Wenn sie glaube, ihre Unterzuckerung lebensbedrohlich einsetzen zu müssen, müsse sie mit ihrem Tod rechnen, der dann aber von ihr selbst gewählt sei. Den MitarbeiterInnen des Heimes sei durch die Gespräche mit der Psychiatrie Mut gemacht worden, auch Anforderungen an das Mädchen zu stellen und sich nicht durch ihre Selbstgefährdung handlungsunfähig machen zu lassen. Der Erfolg der Arbeit gebe diesem Konzept recht. Das Mädchen hat seither keine gezielte Unterzuckerung mehr provoziert.

Ein weiteres Beispiel für eine gelungene Kooperation wird von einem Mitarbeiter eines freien Trägers berichtet.

## Fallbeispiel

Eine junge Frau lebt im Rahmen flexibler Betreuung dieses Trägers zusammen mit einem anderen Mädchen in einer Wohnung. Aufgrund von Angstzuständen und massiven Überforderungsgefühlen habe diese junge Frau große Probleme, es in der Wohnung auszuhalten. (Ein Leben in einer Wohngruppe lehnt sie allerdings entschieden ab). Mehrfach habe sie auf eigene Initiative die Jugendpsychiatrie aufgesucht, wo sie auch aufgenommen wurde. Diese junge Frau habe bereits eine »Drehtürgeschichte zwischen Heimerziehung und Psychiatrie« hinter sich. Das pädagogische Setting in der flexiblen Betreuung würde eine intensive Betreuung ebenso zulassen, wie eine reduzierte Betreuungsintensität. Das Mädchen selbst jedoch könne sich weder auf das eine noch auf das andere einlassen, fühle sich in der Wohnung überfordert und ließe sich immer wieder in den komplexitätsreduzierenden Kontext der Jugendpsychiatrie zurückfallen. Die Leistung des Heimes bestehe hier darin, daß man ihr den Lebensraum der eigenen Wohnung erhalte und ihr anbiete, jederzeit zurückkehren zu können. So sei es z.B. zu der sonderbaren Übereinkunft gekommen, daß die junge Frau nachts in der Klinik verbleibe, aber tagsüber in ihrer eigenen Wohnung versuche, zumindest zeitweise zurecht zu kommen. Für die junge Frau werde immer die Situation aufrechterhalten, daß sie sich entscheiden kann, ob und wann sie nach Hause gehen will. In dieser Übereinkunft arbeiten Heim und Klinik zusammen.

Neben diesen als positiv erlebten Kooperationen nach der Aufnahme von Jugendlichen aus der jugendpsychiatrischen Klinik, wurde jedoch auch von (überflüssigen) Kooperationshemmnissen berichtet, die auch die Arbeit mit den Jugendlichen selbst erschwert hätten. In falscher Einschätzung ihrer Kompetenz sei z.B. vorgekommen, daß von seiten der Klinik den Eltern und Jugendlichen Einrichtungen (z.T. außerhalb Hamburgs) vorgeschlagen worden seien, die nach ihrer Ansicht für die Problematik des Jugendlichen »genau richtig« seien. Lehnt das Amt für Jugend die Unterbringung in dieser Einrichtung dann ab und schlägt eine andere Einrichtung in Hamburg vor, bekommen die Eltern und der Jugendliche den Eindruck, sie würden mit der »zweiten Wahl« abgespeist. Angesichts der hochgesteckten Erwartungen der Betroffenen und angesichts der vermeintlich schlechteren Alternative zur von der Klinik vorgeschlagenen Lösung, sei es z.T. außerordentlich schwierig einen positiven Ansatz für die Arbeit mit dem Jugendlichen und seiner Familie zu finden.

Auf die Frage, in welchen Fällen ein aktiver Einbezug der Fachkompetenz der Kliniken erfolge, gaben einige Einrichtungen an, daß dies am ehesten passiere, wenn Verunsicherungen der PädagogInnen durch extreme Verhaltensweisen der Jugendlichen entstehen und man sich eine größere Handlungssicherheit durch die Hinzuziehung jugendpsychiatrischer Fachkompetenz verspricht. Häufig geschehe der Einbezug der Klinik, um auszuschließen, daß man vermeidbare Fehler mache und um größere Sicherheit im Umgang mit dem Jugendlichen zu bekommen.

»Uns geht es weniger darum, mit einem Kind oder Jugendlichen zum Jugendpsychiater zu gehen, um zu einer Diagnose zu kommen, sondern uns kommt es darauf an, daß wir Beratung haben, daß wir die Eindrücke unserer Ängste loswerden können, daß wir handlungsfähig bleiben, und daß wir die Situation, auch wenn sie krisenhaft oder schwierig ist, aushalten können.«

Zum Thema »diagnostische Abklärung« durch die (stationäre) Jugendpsychiatrie erklärt ein Heimmitarbeiter: »Ich glaube, unsere Hoffnung in die Diagnosen, in das, was dadurch an Fortschritt zu erzielen wäre, wenn man eine gute Diagnose hätte, die ist ganz gering. Wir haben sie am Anfang bei den suizidgefährdeten Jugendlichen gehabt. Wir haben gedacht: Da muß jetzt ein Psychiater kommen und mit dem Jugendlichen sprechen und uns dann sagen, ob unsere Angst berechtigt ist, ob der jetzt suizidgefährdet ist oder nicht. Das war so ein Stück weit unsere Hoffnung an die Spezialisten. Und die kamen auch und sagten: 'Im Moment nicht.' Und dann haben wir gesagt: 'Ja, dann ist es ja gut.' Und dann haben die gesagt: 'Moment, in einer Viertelstunde kann das ganz anders sein. Das können wir jetzt nicht sagen.' Das war so ein Bereich, da sollten

sie jetzt mal ihr Können zeigen, und da wurde uns deutlich, daß uns das wenig nutzen würde. ... Das nützte uns für unsere Sicherheit gar nicht.«

In einer anderen Einrichtung erklärt eine Mitarbeiterin zum Thema jugendpsychiatrische Diagnose: »In Krisensituationen, wo einem die Situation über den Kopf wächst, hilft einem die Hilfe von Freunden und ein guter organisatorischer Vorschlag wesentlich mehr, als ein Jugendpsychiater.

Auf die Frage, welche Erfahrungen die befragten Einrichtungen mit 'Grenzfällen' zwischen Heimerziehung und Jugendpsychiatrie haben, traf in mehreren Interviews der 'Grenzfall'-Begriff auf Kritik und Ablehnung. Ein Interviewpartner problematisiert den Begriff 'Grenzfälle' »... weil man hier die Frage so stellt, daß man sagt, wo gehört er denn jetzt hin, in den Bereich Jugendhilfe oder in den Bereich Psychiatrie. Ein Bild, was sich bei uns entwickelt hat, ist das, daß wir sagen, natürlich gehört er in den Bereich der Jugendhilfe hinein, aber: Es können Situationen auftreten, wo er zeitlich befristet in der Jugendpsychiatrie behandelt werden muß. Klar ist, daß seine Lebenssituation wieder die Jugendhilfe sein soll. Klar sollte auch sein, daß mit dem Wechsel in die Psychiatrie nicht die Kontakte abbrechen oder daß sozusagen das Heft abgegeben wird in den anderen Bereich, sondern daß das bei uns bleiben soll. Das ist ein Anspruch, der sich bei uns herausgebildet hat.«

»Wir würden auf der anderen Seite nicht beanspruchen, einen Beinbruch hier selber zu behandeln, weil wir jemanden nicht ins Krankenhaus bringen wollen. Und wenn eine Jugendliche Stimmen hört, die ihr befehlen, sich auf diese oder jene Weise zu töten, dann ist das auch der Punkt, wo wir sagen, da muß etwas anderes erfolgen. Nicht als Lebensort, aber vorübergehend, um zu klären, was ggf. an Krankheit dahinter steckt.« In dieser Diskussion wird festgestellt, daß es »Grenzfälle« zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie nach diesem Verständnis eigentlich nicht gibt. Es gibt Situationen, wo die Jugendhilfefachkräfte an ihre Grenzen kommen und gezwungen sind, die Fachkompetenz anderer Disziplinen (Jugendpsychiatrie) hinzuzuziehen. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf dem Wort »hinzuzuziehen«, weil kein grundsätzlicher Wechsel der Zuständigkeit erfolge. Von einem Grenzfall zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie könne deswegen nicht gesprochen werden, da man im Falle eines akuten Blinddarmdurchbruchs auch nicht von einem Grenzfall zwischen Jugendhilfe und Chirurgie spreche. Jugendpsychiatrie werde dann zugezogen, wenn es um lebensbedrohliche Situationen für Jugendliche gehe, oder wenn diese körperliche Ausnahmeerscheinungen produzieren würden.

#### Fallbeispiel

In einer Wohngruppe ist einige Zeit vor dem Interview ein manisches Mädchen aufgenommen worden, die aufgrund ihrer Manie zuvor neun Monate im Wilhelmstift gelebt habe. In der Wohngruppe sei es vor kurzem erneut zu einer Krise gekommen; es sei trotz Medikamenten nicht möglich gewesen, das Mädchen aus ihrer manischen Phase herauszuholen. Nachdem man es eine Woche versucht habe, mit ihr auszuhalten, sei man zu dem Entschluß gekommen, sie so lange wieder ins Wilhelmstift zurückzugeben, bis sie wieder »gelandet« sei. Die Frage, warum eine weitere Betreuung in der Wohngruppe nicht möglich gewesen sei und worin die besondere Leistungsfähigkeit der Jugendpsychiatrie bei dieser Jugendlichen bestünde, beantwortet der befragte Mitarbeiter damit, daß man bei dieser Jugendlichen die vertretbare Dosis an Medikamenten erreicht habe und dennoch keine Beruhigung eingetreten sei. Die Klinik könne ständige ärztliche Überwachung bieten und aus diesem Grund auch medikamentös anders arbeiten. Zur Zeit bekomme das Mädchen drei verschiedene Psychopharmaka, die jedoch immer noch nicht ausreichen würden, um das Mädchen aus ihrer Manie herauszuholen. Der Vorteil der Jugendpsychiatrie für dieses Mädchen sei zur Zeit

- die große Erfahrung der MitarbeiterInnen der Psychiatrie mit solchen Phänomenen,
- die intensivere Möglichkeit der Betreuung und Begleitung durch besseren Personalschlüssel,
- die rund um die Uhr gewährleistete medizinische Betreuung und Überwachung,
- die Möglichkeit der lückenlosen Überwachung.

Die Zusammenarbeit mit der Klinik sehe zur Zeit so aus, daß alle zwei bis drei Tage jemand das Mädchen und den behandelnden Arzt besuche. Man habe der Klinik signalisiert, daß man das Mädchen wieder zurücknehmen möchte, sobald sie wieder klar ist, und daß man dieses so schnell wie möglich tun möchte, also keine längeren therapeutischen Aktivitäten der Klinik anstrebt. Man habe auch den Eindruck, daß dieses in der Klinik verstanden und akzeptiert werde. Die Aufnahme des Mädchens im Wilhelmstift sei erfolgt, obwohl die Klinik voll belegt gewesen sei. Man habe ein Notbett aufgestellt, weil man seine Zuständigkeit akzeptiert habe, da das Mädchen zuvor auch hier behandelt worden sei.

An diesem Beispiel wird deutlich, daß die Überweisung in die Klinik nicht mit der Abgabe der Zuständigkeit für das Mädchen verbunden ist. Zentrales Ziel bleibt auch in diesen Situationen, wo eine medizinisch indizierte Klinikaufnahme stattfindet, die möglichst umgehende (Re-)Normalisierung der Lebenssituation der Jugendlichen außerhalb der Klinik. Dabei gehe es überhaupt nicht darum, zu behaupten, daß das Heim bessere Behandlungsmethoden als die Jugendpsychiatrie habe oder die Probleme besser lösen zu können. »Ich glaube [aber], daß es uns manchmal gelingt, dem Jugendlichen leichter den Umgang mit seinen Problemen zu ermöglichen, als daß die Jugendpsychiatrie tut in ihren absonderlichen Lebensformen, die sie den Jugendlichen anbietet. Das ist auch die Stelle, wo unsere Kritik ansetzt, wenn wir kritisieren, daß Jugendliche über ein Jahr in der Psychiatrie leben.«

Auch wenn junge Menschen aufgrund einer schweren psychischen Symptomatik klinisch behandelt werden müssen, sei es eine zentrale Aufgabe der Jugendhilfe (hier der Heimerziehung), den Jugendlichen und jungen Erwachsenen stets die Option auf ein Leben außerhalb der Klinik offenzuhalten. Folgendes Fallbeispiel mag dies verdeutlichen:

#### Fallbeispiel

Vor mehreren Jahren hat die Einrichtung ein 14-jähriges Mädchen aus der Klinik aufgenommen, die zu dem Zeitpunkt schon mehr als zwei Jahre aufgrund von Zwangssymptomen dort gelebt hatte. Das Mädchen habe im Heim in einer Jugendwohngruppe mit fünf Jugendlichen gelebt, und sei dort anfangs überhaupt nicht aus dem Haus gegangen, und habe sich später auch nie weiter als 500m von ihrer Gruppe entfernt. Als sie älter geworden sei, habe sich in bestimmten Phasen ihre Zwangssymptomatik extrem verschärft, z.B., indem sie kontrollieren mußte, ob ihre Füße, ihre Hände oder ihre Hose noch da sind. Diese Kontrolle habe sie immer zwanghafter, immer intensiver wiederholt. Zeitweise habe sie auch nicht mehr auf die Toilette gehen können, da sie Angst gehabt habe, irgend etwas von sich herzugeben.

Zu diesem Zeitpunkt war das Mädchen 17 Jahre. Bis hierhin war sie ausschließlich von der Wohngruppe betreut worden. Als die Symptome jedoch für das Mädchen und die Umgebung kaum noch auszuhalten war, hat man ihr freigestellt, in die Psychiatrie zu gehen, wenn sie wolle. Dieses Angebot, »Du kannst auch in die Psychiatrie gehen«, habe zu einer großen Entlastung des Mädchens geführt. Durch die Gewißheit, »als verrückt anerkannt zu sein«, habe sie ihre Zwangssymptome soweit herabmindern können, daß sie auch weiterhin habe in der Wohngruppe leben können, immer in der Gewißheit, wenn es stärker werde auf die Psychiatrie zurückgreifen zu können.

Mit viel Mühe habe das Mädchen einen Realschulabschluß gemacht und sei, als sie volljährig geworden ist und die Wohngruppe aufgelöst wurde, in eine eigene Wohnung gezogen. Es sei ihr jedoch immer klar gewesen, daß sie alleine nicht zurecht kommen würde. Deshalb wurde für die Betreuung des Mädchens in der Wohnung eine Sozialpädagogin mit 20 Stunden eingestellt. Nach einiger Zeit sei das Leben in der Wohnung für sie trotz der pädagogischen Unterstützung immer unerträglicher geworden, so daß sie auf eigenen Wunsch in die Klinik gebracht werden mußte. Da sie sich überhaupt nicht mehr aus der Wohnung getraut habe, hätten zwei Pädagogen sie regelrecht zwingen müssen, mit ihnen zusammen die Wohnung zu verlassen und die Psychiatrie aufzusuchen. Dort angekommen sei ihr die Entlastung merklich anzusehen gewesen.

Während der Unterbringung des Mädchens in der Klinik - zunächst drei Monate stationär, dann in Form einer Tagesklinik - sei die Wohnung des Mädchens weiter erhalten und die sozialpädagogische Betreuung aufrecht erhalten worden. Im Falle der Betreuung dieses Mädchens habe man von vornherein gewußt daß man es mit einer Problematik zu tun habe, die auch durchgängigen Psychiatrieaufenthalt für das Mädchen hätte bedeuten können. Man habe versucht, mit dem Erhalt der Wohnung und dem Aufrechterhalten der sozialpädagogischen Betreuung soviel Alltagsnähe wie möglich zu gewährleisten. Man habe also - auch wenn man nicht absehen könne, ob irgendwann eine Langzeitunterbringung in der Psychiatrie erfolgen wird -, versucht, mit allen Mitteln die Option auf ein Leben außerhalb klinischer Zusammenhänge aufrecht zu erhalten. Das Mädchen sei nun 23 Jahre alt, die Betreuung sei vor einem halben Jahr eingestellt worden. Zur Zeit gehe die junge Frau wieder in die Tagesklinik, könne jedoch die Wohnung außerhalb des Klinikbereiches noch halten.

Während des gesamten Verlaufs des Heimaufenthaltes des Mädchens sei von dem zuständigen Team Hilfe, Unterstützung und Beratung von außen eingeholt worden: Die frühere Therapeutin der Familie, die JugendpsychiaterInnen der Klinik, jugendpsychiatrische Dienste, freipraktizierende Jugendpsychiater, Rudolf-Ballint-Institut. Es sei »alles, was Rang und Namen« im psychosozialen Versorgungsnetz der Stadt Hamburg hat, angelaufen worden, um Unterstützung insbesondere für das Team zu mobilisieren. Das Mädchen

selbst sei während des Heimaufenthaltes nur kurzfristig psychiatrisch behandelt worden; ein Versuch medikamentöser Behandlung sei schnell gescheitert, da das Mädchen darauf bestand, daß wenn sie schon verrückt werde, dieses bei vollem Bewußtsein wolle.

»Wir haben im Falle dieser jungen Frau versucht, praktisch immer eine Option für den Ausstieg aus der Psychiatrie offenzuhalten. Eigentlich ist sie schwer psychisch krank ... sie ist eigentlich ein Fall für eine Langzeitunterbringung in irgendeiner Anstalt, aber, was wir machen können ist, die Option frei zu halten - daß, wenn sich die Dinge irgendwie, aus welchen Gründen auch immer, zum Besseren wenden -, daß dann der Ausstieg leichter ist. Sie hat ihre Alltagswirklichkeit, sie kann sie behalten ... und wir können zusätzlich zu dem Tagesklinikaufenthalt an ihrer Alltagswirklichkeit arbeiten. ...«

Bei aller Notwendigkeit spezieller psychiatrischer und therapeutischer Hilfe für die junge Frau, sei es die Aufgabe der Einrichtung darauf zu achten, daß sich die therapeutischen Orientierungen und Settings (z.B. Klinik) nicht aus sachfremden Erwägungen und zu Lasten der Möglichkeiten eines 'normalen' Lebens habitualisieren.

### *Einschätzungen, Empfehlungen, Desiderate*

Übereinstimmend bestand bei allen befragten MitarbeiterInnen aus dem Bereich der Heimerziehung die Einschätzung, daß die Hamburger Heimreform mit ihren Prinzipien, Verzicht auf geschlossene Unterbringung, Dezentralisierung und Entspezialisierung ein wesentlicher Grund dafür sei, daß sich der Überschneidungsbereich zwischen Heimerziehung und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren stetig verkleinert habe. Im Heimbereich auftretende Probleme würden zunehmend - z.T. unter Hinzuziehung ambulanter jugendpsychiatrischer Dienste - auch im Heimbereich gelöst. Überweisungen an Kliniken seien vor diesem Hintergrund nur in Ausnahmefällen (s. Fallbeispiel) nötig. Es habe sich als ein besonderer Wert in Hamburg herausgebildet, daß Kinder und Jugendliche in Problemsituationen nicht an andere Institutionen (Heime oder Kliniken) abgegeben (abgeschoben) werden sollen. Dies sei zwar nicht völlig zu verhindern, aber man habe in Hamburg Organisationsformen entwickelt, die es den Heimen und ihren MitarbeiterInnen erlauben, flexibel auch auf schwierigste Konflikt- und Problemsituationen mit Kindern und Jugendlichen zu reagieren. Eine befragte Mitarbeiterin vertrat die These, daß seit der Heimreform in Hamburg der Mut der MitarbeiterInnen und die Bereitschaft, sich auch schwierigen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen zu stellen, eher gestiegen sei.

Die Organisationsform ermögliche es, individuelles Verständnis und individuelle Blickweisen zu entwickeln, und aus einer etwas distanzierteren professionellen Sichtweise heraus auch schwierigere Situationen zu ertragen und hierfür unkonventionelle Handlungsstrategien zu entwerfen.

Hierzu gehört es auch, sich im Bedarfsfall der professionellen Unterstützung durch z.B. Therapeuten außerhalb der Heimorganisation zu bedienen. Es werde auch von den MitarbeiterInnen als Zeichen erhöhter Problemlösungskompetenz für sie selbst erlebt, wenn sie nicht auf vorgesezte Angebote des Heimes zurückgreifen müßten, sondern sich Gedanken machen müßten, welche Angebote des psychosozialen Dienstleistungssektors in Hamburg für eine adäquate Problembearbeitung hilfreich wären.

Ausgehend von der Erkenntnis, daß Jugendliche dann in die Jugendpsychiatrie kommen, wenn sie aus dem Rahmen (der Heimerziehung) fallen, gehe die Philosophie vieler Heime davon aus, daß die Rahmenbedingungen flexibel gehalten werden müssen. Dann, wenn Rahmenbedingungen besonders starr gehalten sind, würden Jugendliche häufiger diesen Rahmen sprengen bzw. sich außerhalb dieses Rahmens begeben, womit dann die Notwendigkeit von Psychiatricaufenthalten begründet wird. In Hamburg gebe es eine zunehmende Zahl von Heimen und Wohngruppen, die so flexibel seien, daß sie auch besondere Verhaltensproblematiken von Kindern und Jugendlichen verkraften könnten. Außerdem gebe es in Hamburg eine andere Erwartungshaltung gegenüber Heimen und HeimerzieherInnen als z.B. in anderen Bundesländern. Dort werde in hohem Maße von den Heimen erwartet, daß sie die Probleme von Kindern und Jugendlichen »in Schach« halten, ohne daß die tatsächlich gegebenen Handlungsrahmen reale Lösungsmöglichkeiten für die Probleme der Kinder und Jugendlichen bereithalten würden. »Da ist mein Eindruck, daß die Kollegen aus anderen Bundesländern ein Stück weit dazu gezwungen sind, immer zu legitimieren, daß der Jugendliche ja krank sein muß, wenn er diese und jene Schwierigkeiten mache. Je klarer es dann gelingt, ihm gegenüber die Definition »Er ist krank« durchzusetzen - und die perfekte Definition davon ist »Er ist ein Psychiatricfall« -, desto stärker ist man entlastet von der Frage, was man selbst ändern könnte? Hierbei ist das Problem der Verteilung von Schuld die entscheidende Kategorie in der Kommunikation. Die Einrichtung ist dann aus dem Schneider, wenn es ihr gelingt, dem Jugendlichen die Schuld zuzuweisen.« Als Beleg hierfür wird das Beispiel des Umgangs mit Schuleschwänzen genannt. Während in anderen Bundesländern hier schon ein Prüfstein für gelingende oder mißlingende Sozialisation im Heim gesehen werde, würde das Schuleschwänzen den Hamburger SozialpädagogenInnen »keinen Schweiß auf die Stirn treiben«. In anderen Bundesländern würde hingegen die gesamte Energie der ErzieherInnen darin verpufft, letztendlich doch nur den Beweis zu erbringen, daß der oder die Jugendliche ein(e) hartnäckige(r) SchuleschwänzerIn sei.

Das folgende Zitat aus einem Gruppeninterview verdeutlicht diese Einschätzung: »Wir haben gerade bei der Betreuung von Jugendlichen viele Betreuungsformen, wo man die Intensität des Kontaktes zu den Jugendlichen dosieren kann. Mein Eindruck ist, daß in Schichtdienst-Gruppen, wo man dableiben muß, wo man immer die Nacht vor sich hat, die Angst sehr viel schneller zunimmt, weil man weiß, daß alles, was der Jugendliche an Problemen produziert, sozusagen unmittelbar auf einen selbst zurückschlägt. Dann gibt es andere Betreuungsformen - die Jugendwohnungen und die flexible Betreuung -, da betreffen einen ein Teil der Probleme, die die Jugendlichen machen, nicht unmittelbar selber. Die macht er in der Gesellschaft, aber man selber wird als Mitarbeiter nicht zwangsläufig unmittelbarer Adressat dieser Probleme. Das ermöglicht einem dann, in den zeitlich reduzierten Kontakten - wo man ihm nicht von morgens bis abends ausgeliefert ist, sondern wo man sich zu bestimmten Zeitpunkten mit ihm trifft -, daß man sich in diesen Zeiten richtig auf ihn einlassen kann. Da spielt die Angst eine ganz geringe Rolle, und deswegen stellt sich dort die Frage der Abschiebung auch wesentlich weniger scharf. Wenn der an dem Abend ausflüpft und irgendwo Scheiße baut, das ist nicht ein Problem, das man sich von vornherein anzieht. Man stehe nicht unter dem Druck, von vornherein alle möglichen, denkbaren abweichenden Verhaltensweisen des Jugendlichen unbedingt verhindern zu müssen. Der sozialpädagogische Anspruch ist zurückgenommen. Man sagt sich: Darauf habe ich unmittelbar gar keinen Einfluß, ich kann nur andere Rahmenbedingungen herstellen, die Deeskalation bedeuten. Das ist wirklich eine ganz bewußte Strategie, die auf der anderen Seite große

Bescheidenheit in den Zielen zur Folge hat. Man geht nicht davon aus, daß man den jetzt in Schach halten kann, daß auf keinen Fall etwas passiert, oder daß man ihn völlig umkrepeln kann, sondern man geht eher davon aus, bestimmte Schwierigkeiten wird der Jugendliche auch machen, und damit muß die Gesellschaft eben leben. Und wir können für ihn Partei ergreifen, weil wir nicht die ganze Zeit unmittelbar mit ihm zusammenleben. Das wäre unerträglich bei einigen dieser Jugendlichen. Weil wir punktuell mit ihm zu tun haben, können häufig ganz intensive Sachen mit ihm stattfinden. In diesem Ansatz liegen meiner Ansicht nach Hoffnungen, aber auch Gefahren.«

Trotz der hier getroffenen sehr positiven Einschätzung der Situation der Heimerziehung in Hamburg wurden jedoch auch einige (selbst-)kritische Punkte im Rahmen der Interviews angesprochen, die für das hier betrachtete Verhältnis zur Jugendpsychiatrie von Bedeutung sind:

- ▶ Aufgrund der vom Amt für Jugend (Erziehungssachgebiet) vorgenommenen schwerpunktmäßigen Belegung bestimmter Einrichtungen mit Kindern und Jugendlichen aus der Jugendpsychiatrie, bildet sich eine neue Spezialisierung (zwischen Einrichtungen) heraus. Diese Entwicklung sei angesichts des im Kern konsensualen Ziels der Entspezialisierung sehr bedauerlich und zeige, daß viele Einrichtungen in Hamburg sich um die mit diesem Ziel verbundenen neuen Herausforderungen »herumdrücken« würden. Auf diese Weise gebe es in Hamburg eine Zweiteilung in eine innovative, flexible, fachlichen Herausforderungen gegenüber offene Heimerziehung und eine eher statisch orientierte, nicht an der Bearbeitung besonderer Problemlagen beteiligte Heimerziehung. Durch diese Situation gebe es den sonderbaren Zustand, daß sich jene Einrichtungen, die sich die Entspezialisierung besonders deutlich auf ihre Fahnen geschrieben hätten, auf der Ebene Hamburgs zu Spezialeinrichtungen für Jugendliche mit besonderen Problemen entwickeln würden.
- ▶ Die Chance, Betreuungsarrangements zu schaffen, die es den ErzieherInnen ermöglichen, die Nähe zum Jugendlichen sowie die Intensität der Arbeit - anders als im Rund-um-die-Uhr-Schichtdienst klassischer Heime - selbst zu bestimmen, berge das nicht geringe Risiko, daß Jugendliche auch dort auf sich selbst zurückgeworfen werden, wo sie der Hilfe und Unterstützung oder auch des Widerspruchs oder Einschreitens der ErzieherInnen bedurft hätten. Auf dieses Problem werde von seiten der Jugendpsychiatrie immer wieder hingewiesen und eingefordert, daß gerade die an den stark strukturierten, betreuenden und versorgenden (Lebens-)Zusammenhang der Kliniken gewöhnten Kinder und Jugendliche hiervon überfordert würden. Es gebe z.Z. in Hamburg zu viele Heimplätze, bei denen keine Rund-um-die-Uhr-Betreuung mehr stattfinde.
- ▶ Es gebe in Hamburg zwar den hohen moralischen Anspruch, Kinder und Jugendliche nicht in andere Einrichtungen zu verlegen. Dennoch gebe es natürlich ErzieherInnen und Einrichtungen, die überfordert seien. Hier hätten sich z.T. subtilere Strategien der 'Abschiebung' eingeschlichen, indem z.B. bei besonderen Schwierigkeiten Jugendliche aus der öffentlichen Erziehung zu den Eltern entlassen würden, obwohl allen Beteiligten klar sei, daß dies kein Ausweg sei. Später wieder nötig werdende Heimaufnahmen (in anderen Einrichtungen) wären dann nicht mehr eindeutig als Abschiebung zu erkennen (»Spiel über Bande«), sondern würden wie gescheiterte Reintegrationsbemühungen in die Familie erscheinen. Die jugendpsychiatrischen Kliniken spielten als zwischengeschaltete Instanz bei der Verlegung in andere Einrichtungen allerdings nur in Ausnahmefällen eine Rolle.

- ▶ Unter dem Stichwort 'Grenzfälle' gebe es in Hamburg eine zunehmende Zahl von Kindern und Jugendlichen, die als drogenabhängige Trebegänger (hier gebe es sogar schon 11/12jährige) z.B. im Milieu der Hafensstraße als »Stadtindianer« leben und für die die Heimerziehung/Jugendhilfe - im Moment - keine Antwort habe. Dies seien allerdings keine Grenzfälle der Jugendpsychiatrie, sondern Grenzfälle innerhalb der Jugendhilfe, da es hier keinerlei Lösungen gebe, die für solche Kinder und Jugendliche die notwendige Attraktion besäßen, deren Lebensmaxime es geworden sei, unter auch noch so schlechten Bedingungen (Sucht, Gewalt, Prostitution etc.) autonom zu leben. Die Jugendpsychiatrie würde sich berechtigterweise (außer in der Frage des Drogenentzugs bei Kindern und Jugendlichen) für dieses Problem überhaupt nicht zuständig erklären.

Bezüglich der Arbeit der jugendpsychiatrischen Kliniken in Hamburg ergaben die Interviews folgende Einschätzungen von seiten der befragten MitarbeiterInnen aus dem Heimbereich:

- ▶ Bei vielen Kindern und Jugendlichen, die aus Kliniken aufgenommen werden, sei die Ursache und Begründung für den Klinikaufenthalt nicht nachvollziehbar. Gerade in solchen Situationen, in denen die Klinik clearing-Funktion übernehme (»Übergangswohnheim«, vgl. Kap.5.1), wären Klinikaufenthalte oft überflüssig gewesen, wäre die Problematik gleich an die Jugendhilfe herangetragen worden.
- ▶ Die jugendpsychiatrischen Kliniken halten Kinder und Jugendliche zu lange in ihren Stationen fest. Diese Kritik richtet sich in erster Linie an das Wilhelmstift. Es sei unverständlich und nicht nachvollziehbar, warum Kinder und Jugendliche mit annähernd gleichen Problemen und Symptomatiken um das mehrfache länger im Wilhelmstift behandelt würden als im UKE. Das Ziel langfristiger psychotherapeutischer Arbeit unter den Bedingungen einer jugendpsychiatrischen Klinik wird vom überwiegenden Teil der befragten HeimmitarbeiterInnen entschieden abgelehnt.
- ▶ Angesichts der beiden erstgenannten Punkte sei die stationäre Jugendpsychiatrie immer noch überdimensioniert. Würden Ressourcen noch stärker und konsequenter in den ambulanten und teilstationären Bereich verlagert, könnten a.) heute noch stattfindende Klinikaufenthalte reduziert werden, b.) die Klinikverweildauern (insbesondere im Wilhelmstift) erheblich reduziert werden. Dort, wo es darum gehe, daß Behandlungen aufgrund der dortigen Situation nicht zuhause durchgeführt werden könnten, stehe schließlich das Heimplatz- und ggf. auch das Familienpflegeangebot der Stadt zur Verfügung.
- ▶ Die Zusammenarbeit, die sich bei wechselseitigen Überweisungen zwischen Heimen und Kliniken ergibt habe sich in den letzten Jahren erheblich verbessert. Mehrfach positiv herausgehoben wurde hier das UKE. Abstriche sind beim Wilhelmstift zu machen, da sich hier positive und negative Rückmeldungen zur Qualität der Zusammenarbeit die Waage halten.
- ▶ Es sei abzulehnen, daß Kinder und Jugendliche teilweise mehr als ein Jahr unter (klinischen) Rahmenbedingungen leben, die unter Kriterien der Heimaufsicht zu einem Entzug der Heimbefreiung führen würden (UKE Station mit 14 Plätzen im 8. Stock eines Krankenhauses). (Die Kliniken seien unflexibel, würden Kinder und Jugendliche an das eigene System anpassen statt flexible Lösungen für die einzelnen jungen Menschen zu entwickeln). Wolle man junge Menschen gesund machen, müsse man zunächst einmal nachweisen, daß die Lebensverhältnisse, die man *gestalte*, gesundmachend sind. Kliniken müßten ökologisch günstige, zu positiven Inspirationen



animierende (Lebens-)Bedingungen schaffen, müßten selbst soviel Entwicklung zeigen, wie sie von den Jugendlichen immer verlangen.

► Unterschiedliche Einschätzungen gab es hinsichtlich der Wirkungen und Wirkmöglichkeiten der jugendpsychiatrischen Kliniken. Die Extrempole dieser Einschätzungen werden durch folgende Positionen markiert:

- Die Jugendpsychiatrie ist nötig und leistungsfähig. Dort werden fast ausschließlich desorientierte Jugendliche, die manisch, psychotisch, stark depressiv oder suizidal sind, behandelt. Diese Jugendlichen bräuchten erst einmal eine Phase, um wieder zu sich zu kommen. Die Jugendpsychiatrie verfolge dies ernsthaft und könne dies auch leisten. Solange dies möglichst kurzfristig (zur Überwindung akuter Krisen) erfolge sei das auch erfolgversprechend; von längerfristigen Aufenthalten in der Psychiatrie gehen keine positiven Wirkungen aus. (vgl. auch den Begriff Moratorium, Kap. 5.2)
- Die Jugendpsychiatrie habe sich in den letzten Jahren nur wenig verändert. Räumliche und therapeutische Settings seien über viele Jahre unverändert und gerieten in immer deutlichere Widersprüche zu einer Heimerziehung, die sich bemühen würde, zunehmend individuelle, am Jugendlichen orientierte Wohn- und Betreuungsformen anzubieten. Von Seiten der Kliniken würden keinerlei Anstrengungen unternommen, innovative und alternative Konzepte zur »traditionellen« Klinik zu entwickeln. Die totale Institution »jugendpsychiatrische Klinik« könne hier zwar Entlastung für die Patienten und deren Umwelt schaffen; produktive Formen und Strategien der Bewältigung von Problemen und Konflikten seien so jedoch nicht möglich. Hierzu müsse man dann doch wieder auf (häufig geschmähte) Formen der Heimerziehung zurückgreifen.

Im Hinblick auf die »Grenzfall«-Diskussion und auf die Zusammenarbeit mit Kliniken wurden im Verlauf des Interviews von den befragten HeimitarbeiterInnen folgende Wünsche und Empfehlungen ausgesprochen:

- Das Supervisions- und Praxisberatungsangebot für die Gruppen sollte erheblich ausgebaut werden. Gerade unter den Bedingungen der Dezentralität komme einem guten Supervisions- und Praxisberatungsangebot eine zentrale Bedeutung für die fachliche Reflexion und Weiterentwicklung zu. In jenen Fällen, wo mit psychisch kranken Jugendlichen gearbeitet werde, sollte regelmäßig eine fachgebundene (von jugendpsychiatrischen Fachkräften durchgeführte) Supervision des Teams erfolgen.
- Es sollten wesentlich mehr Heime gefunden werden, die sich für »Psychriefälle« engagieren, damit verhindert wird, daß sich die Jugendlichen aus der Psychiatrie in einigen wenigen qualifizierten Gruppen ballen. Es solle unter keinen Umständen eigene Wohngemeinschaften für psychisch kranke Jugendliche geben (möglichst nicht mehr als ein/e bis zwei pro Gruppe), da die Jugendlichen auf der Suche nach gegenseitigen Lernmodellen auch mit sogenannten »normalen« Jugendlichen zusammenleben müssen und sollen. Die Arbeit mit psychisch kranken Jugendlichen müsse daher auf breitere Beine gestellt werden. Man könne zwar nicht von allen ErzieherInnen Hamburgs verlangen, daß sie sich zu SpezialistInnen in bezug auf psychisch kranke Jugendliche entwickeln. Es sei jedoch schon ein großer Fortschritt zu erreichen, wenn man mehr Gruppenteams fände, die bereit wären, mit psychisch kranken Jugendlichen zu arbeiten und sich hierfür (für den speziellen Einzelfall) besonders zu qualifizieren.
- Die bisher in ihren Anfängen stehenden gegenseitigen Hospitationen zwischen Fachkräften aus Heimen und Kliniken sollten verstärkt gestellt werden. Nur wenn

möglichst viele Heime und Wohngruppen durch Hospitationen gefestigte persönliche Kontakte zu den Kliniken/Klinikfachkräften herstellen, ließe sich ein so breites Netz von Kooperation bilden, daß die oben beklagte Spezialisierung einzelner Heime für psychiatrienerfahrene Kinder und Jugendliche überwunden werden kann.

Darüberhinaus sei zu überlegen, ob man bei Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen aus den Kliniken nicht generell einige Tage in der Klinik hospitieren sollte, um den Jugendlichen kennenzulernen (»ihn abzuholen«) und nach dem Wechsel ins Heim ein/e Klinikmitarbeiter/n einige Tage dort hospitiert (»ihn zu begleiten«). Dieses, am Jugendlichen orientierte Verfahren im Einzelfall würde auf Dauer zu dem o.g. breiten Kooperationsnetz führen können.

- ▶ Angesichts der besonderen individuellen Gestaltungsmöglichkeiten von Außenwohngruppen (AWG) im LEB und der dort zu gewährleistenden betreuerischen Dichten als stark strukturgebendes Element (Flexibilität, Beziehungskontinuität, Kleingruppe, etc.), sollte bei Heimplatzvermittlungen aus Kliniken insbesondere bei jüngeren Kindern dieses Angebot stärker in Überlegungen einbezogen werden. (Ein Bedarf in dieser Richtung wurde auch im Rahmen des Gruppeninterviews im Wilhelmstift bestätigt.)
- ▶ An die jugendpsychiatrischen Kliniken richteten mehrere GesprächspartnerInnen den Wunsch und die Forderung, daß sie sich - solange es in Hamburg keine besseren Konzepte gebe - der drogenabhängigen Kinder und Jugendlichen annimmt. Solange der Drogenentzug in den Bereich der Medizin falle, sei es absurd, daß es eine Jugendpsychiatrie gäbe und gleichzeitig der Drogenentzug von Jugendlichen in Erwachsenenstationen durchgeführt werde und nicht unter der Regie von (jugend-)psychiatrischen Ärzten.
- ▶ Da es heute vorkommt, daß ältere Jugendliche und junge Erwachsene aus Heimen nicht mehr im Rahmen von Jugendpsychiatrie, sondern im Rahmen von Erwachsenenpsychiatrie (AK Ochsenzoll) behandelt werden und diese Einrichtungen wenig Erfahrungen und Ansatzpunkte für eine intensive Kooperation mit der Jugendhilfe haben und entwickeln (können), richtet sich die Forderung und der Wunsch an die jugendpsychiatrischen Kliniken, sich grundsätzlich für alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen zuständig zu bekennen, die aufgrund ihrer persönlichen (Entwicklungs-)Krisen im Rahmen öffentlicher Erziehung betreut werden. Die Gewährung der Jugendhilfe über das 18. Lebensjahr hinaus fände hier ihre Entsprechung in einer weiteren, institutionell festgelegten Zuständigkeitserklärung der Jugendpsychiatrie für diesen Personenkreis. Die fortschrittlichen Regelungen im neuen Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG - Hilfen für junge Volljährige) sollten auch in der Jugendpsychiatrie nicht ohne Konsequenzen bleiben.
- ▶ Da von einzelnen Einrichtungen gute Erfahrungen mit psychiatrischen Tageskliniken bestehen, sollte überlegt werden, ob nicht auch eine spezifisch jugendpsychiatrische Form der Tagesklinik entwickelt und bereitgestellt werden kann, die die Betreuungslücke zwischen den ambulanten und stationären Angeboten ausfüllen könnte. Insbesondere längerfristige Hospitalisierungen würden sich durch die Kombination Heim/Wohngruppe und jugendpsychiatrische Tagesklinik erheblich reduzieren lassen.
- ▶ Damit eine fruchtbare Kooperation zwischen Fachkräften der Jugendhilfe und Fachkräften der Jugendpsychiatrie entstehen kann, sei es nötig, gleichrangige Diskussionsebenen zwischen beiden Disziplinen zu schaffen, wo das »bessere Argument und nicht der höhere Status« zählt. Die Jugendhilfe müsse mehr als bisher das Selbstbewußtsein der Heimfachkräfte stärken (s. auch oben, Hospitationen), damit

gleichberechtigte Aushandlungsprozesse über die beste Lösungsstrategie für Kinder und Jugendliche möglich sind. Hierfür sei es dienlich,

- wenn Heimfachkräfte sich klar machen, daß Jugendpsychiatrie keinen umfassenden Anspruch habe, sondern ihr allenfalls die Rolle (konsiliarischer) Komplementärdisziplin für Heime zukomme.
- wenn jugendpsychiatrische Fallbesprechungen/Supervisionen grundsätzlich in Jugendhilfeeinrichtungen stattfinden würden, damit der Komplementärcharakter auch bewußtseinsmäßig symbolisiert wird.
- im Rahmen der Heimerziehung Psychiatriearbeitskreise zu initiieren, die nach bestehenden einzelnen Erfahrungen den intensiven Austausch über erlebte Extremsituationen möglich machen, dadurch deutlich angstreduzierend wirken und zu realistischen Einschätzungen (Desillusionierungen) bezüglich der Möglichkeiten der Psychiatrie führen.

### *5.3 Weitere Perspektiven*

Neben den zentralen Blickwinkeln der Heimerziehung und der jugendpsychiatrischen Kliniken sollen abschließend noch weitere Perspektiven zum Thema Grenzfälle kurz skizziert werden, wie sie zum Teil in Interviews, z.T. in weiteren Gesprächen und Diskussionen deutlich wurden:

- ▶ Ämter für soziale Dienste (AS)
- ▶ Amtsvormünder
- ▶ jugendpsychiatrischer Dienst (im Amt für Jugend)
- ▶ Erziehungssachgebiet
- ▶ Kinder- und Jugendnotdienst

#### *Ämter für soziale Dienste*

Obwohl von Anfang an beabsichtigt war, Gruppeninterviews mit Fachkräften der Allgemeinen Sozialdienste zu ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den jugendpsychiatrischen Kliniken und zu der Frage, wann von ihnen auf diese Kliniken verwiesen werde, durchzuführen, kam es zu keinem Interview, da sich keine KollegInnen fanden, die aktuell über Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Kliniken verfügten. Wenn Fragen im Alltag des Allgemeinen Sozialdienstes auftauchen - so eine AS-Mitarbeiterin -, die das Bedürfnis nach jugendpsychiatrischer Abklärung/Intervention hervorriefen, würde in aller Regel auf die bei den Gesundheitsämtern der Bezirke angesiedelten jugendpsychiatrischen Dienste zurückgegriffen, oder an Erziehungsberatungsstellen mit einschlägigen Kompetenzen weiterverwiesen. Konkrete Initiativen zur ggf. notwendig werdenden Klinikeinweisung würden dann allenfalls von diesen Stellen unternommen. Auch wenn Heimunterbringungen von Kindern und Jugendlichen aus Kliniken nötig werden, und von seiten der zuständigen AS-Fachkraft ein entsprechender Antrag/Bericht für das Amt für Jugend erstellt werden muß, komme es nur selten zu konkreten Kooperationen zwischen den BezirkssozialarbeiterInnen und der Klinik. Die AS-Fachkraft stelle lediglich den (verwaltungsmäßigen) Transfer des Unterbringungsanliegens von der Klinik an das Amt für Jugend sicher und verliere dann wieder die Fallzuständigkeit. Die Familienarbeit werde gemäß Absprache dann von den Heimein-

richtungen wahrgenommen. Da die Einrichtungen des LEB darüber hinaus auch für Entlassungen selbst zuständig seien, sei es in der Vergangenheit mehrfach zu Entlassungen aus dem Heim gekommen, ohne daß die AS-Fachkraft informiert gewesen sei. Wenn sie dann mit der Rückführung des jungen Menschen in die Familie nicht einverstanden sei und hierüber Einverständnis mit den Sorgeberechtigten herstellen könne, bleibe nichts anderes übrig, als die Akte mit dem Wunsch der erneuten Unterbringung an das Amt für Jugend zurückzuüberweisen.

### *Amtsvormünder*

Obwohl selten thematisiert, kommt den Amtsvormündern eine hohe Bedeutung im Zusammenhang mit der öffentlichen Erziehung zu. Dies wird anhand folgender Zahlen deutlich (vgl. große Anfrage an den Senat, Drucksache 13/5198 vom 18.12.89).

Von den 2227 Kindern und Jugendlichen, die sich 1988 in öffentlicher Erziehung befanden, befand sich die elterliche Sorge bei

- ▶ 348 Kindern/Jugendlichen bei beiden Eltern,
- ▶ 746 Kindern/Jugendlichen bei der Mutter,
- ▶ 200 Kindern/Jugendlichen bei dem Vater,
- ▶ 993 Kindern/Jugendlichen bei dem Amtsvormund.

Dies bedeutet, daß für weit über ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in öffentlicher Erziehung ein Amtsvormund bestellt wurde.

Von den etwa 60 Kindern und Jugendlichen, die durch die beiden befragten Amtsvormünder betreut werden, befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews 50 Kinder und Jugendliche in öffentlicher Erziehung (einige davon in Pflegefamilien).

Die Amtsvormünder in den Bezirken der Stadt Hamburg nehmen neben der formalrechtlichen Seite auch die persönliche Betreuung der ihnen anvertrauten Mündel wahr, insbesondere auch solche Aufgaben, die ansonsten von der Bezirkssozialarbeit (AS) übernommen wird. Hieraus erkläre sich die relativ geringe Fallzahl von 30 Kindern/Jugendlichen pro MitarbeiterIn.

Auf die Frage, wie häufig es vorkomme, daß die Amtsvormünder auf die Jugendpsychiatrie bzw. auf die Kliniken der Jugendpsychiatrie zurückgreifen würden, betonten beide Amtsvormünder, daß dies relativ selten geschehe. Die Jugendpsychiatrie spiele zumeist dann eine Rolle, wenn ein Jugendlicher einen Suizidversuch begeht oder wenn »Drogen im Spiel« sind. Bezüglich der Drogenproblematik wird sehr bedauert, daß es außer der Psychiatrie (Ochsenszoll) keine Möglichkeit gebe, diesen Jugendlichen zu helfen. Es sei sehr bedauerlich, daß die begonnenen Planungen, eine Einrichtung für drogenabhängige Minderjährige zu schaffen, bisher nicht realisiert worden seien.

Zum Thema der »Grenzfälle« zwischen Heimerziehung und Jugendpsychiatrie gebe es nur sporadische Erfahrungen. So habe es vor einiger Zeit die Situation gegeben, daß ein 13jähriger Junge mit extremen Verhaltensäußerungen auf Anraten von Jugendpsychiatern zeitweise in einer Klinik außerhalb Hamburgs (geschlossen) untergebracht worden sei. Dies sei nur gegen erheblichen Widerstand aus den Reihen der Jugendhilfe und des Amtes für Jugend (jugendpsychiatrischen Dienstes), der sich zu einem scharfen Konflikt ausgeweitet habe, möglich gewesen. Im Kern habe es sich hierbei aber nicht um einen Systemkonflikt zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gehandelt, sondern um einen Konflikt innerhalb des Systems der Jugendhilfe, die auf der einen Seite (ad hoc) keine, für den Amtsvormund akzeptable, Lösungsmöglichkeiten für den Jungen habe bieten

können, andererseits aber auch der Jugendpsychiatrie nicht das Feld überlassen wollte. Der Amtsvormund habe in seiner Verantwortung als rechtlicher Vertreter der elterlichen Sorge der befristeten Klinikeinweisung zugestimmt, da er keine bessere Lösung habe erkennen können. Die Zusammenarbeit des Amtsvormundes mit der Klinik sei in der Folge sehr positiv verlaufen, so daß eine baldige Entlassung des Jungen in eine eigens geschaffene Jugendhilfemaßnahme des LEB habe erfolgen können.

An diesem »Grenzfall«-Konflikt sei ein die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der öffentlichen Erziehung insgesamt betreffendes Problem besonders krass deutlich geworden. Obwohl die elterliche Sorge dem Amtsvormund übertragen sei, würde von seiten des Landesbetriebes in Außerachtlassung der rechtlichen Situation so gehandelt, als ginge die gesamte Erziehungsgewalt bei der Durchführung der öffentlichen Erziehung auf den Landesbetrieb selbst über. Hierin werde nicht nur eine sachliche Fehleinschätzung, sondern auch eine (überhebliche) Haltung der MitarbeiterInnen des Landesbetriebes deutlich. Die Tatsache, daß die Amtsvormünder gesetzliche Vertreter des Kindes/Jugendlichen seien, werde vom Landesbetrieb nahezu geleugnet, und nur dort in Erinnerung gerufen, wo es darum gehe, formelle Unterschriften zu leisten (Beantragung eines Passes, Einwilligung zu medizinischen Eingriffen usw.). Der tatsächliche Status der Amtsvormünder finde keinen entsprechenden Niederschlag bei der Beteiligung an der Durchführung der öffentlichen Erziehung, womit Konflikte - wie oben skizziert - schon vorprogrammiert seien.

### *Jugendpsychiatrischer Dienst*

Der jugendpsychiatrische Dienst des Amtes für Jugend ist eingebunden in das Referat »Jugendpsychiatrischer und -psychologischer Dienst, Grundsatzfragen, Erziehungsberatung, Beratungsstellen« (J 313). Das Referat ist zuständig für Fragen der Suchtberatung und -prävention, der Erziehungsberatung, der Unterstützung und Beratung im Kontext von Pflegekinder- und Adoptionsvermittlung und der öffentlichen Erziehung. Durch diesen Zuschnitt des Referates sei eine institutionenübergreifende Sichtweise gewährleistet. Für den Bereich der öffentlichen Erziehung übernimmt der jugendpsychiatrische Dienst Beratungs- und Unterstützungsaufgaben im Einzelfall. Durch die strukturelle Verknüpfung von Fallzuständigkeit und Zuständigkeit in Grundsatzfragen werde eine produktive Spannung innerhalb des Referates erzeugt, die es nicht erlaube, Einzelfälle losgelöst von Grundsatzfragen zu behandeln und die andersherum dazu führe, daß alltägliche Probleme in der Praxis sehr schnell zu grundsätzlichen Fragestellungen verdichtet werden können. Dies sei u.a. auch ein Grund dafür, daß sich Probleme, Mängel und Konflikte im psychosozialen Versorgungsnetz der Stadt häufig zunächst im jugend-psychiatrischen Dienst zeigen und sie von hier aus offensiv thematisiert würden.

Neben dem jugendpsychiatrischen Dienst des Amtes für Jugend, der besonders für den Bereich der öffentlichen Erziehung zuständig ist, gibt es in Hamburg, jeweils an die Gesundheitsämter der Bezirke angegliedert, weitere jugendpsychiatrische Dienste, die im ambulanten Bereich tätig sind. Eine organisatorische Vernetzung dieser beiden jugendpsychiatrischen Dienste gibt es nicht. Es bestehe jedoch ein intensiver fachlicher Austausch. Am häufigsten werde der jugendpsychiatrische Dienst des Amtes für Jugend von den Heimen eingeschaltet, wenn Jugendliche in Heimen Drogen konsumieren oder wenn sie Suizidversuche unternehmen bzw. damit drohen. Meistens lautet die Botschaft

der Heime dann: »Wir schaffen das nicht mehr mit dem Kind, wir sind überfordert - nehmt uns das Kind ab.«

Der Kontakt zum jugendpsychiatrischen Dienst werde sehr häufig über das Erziehungssachgebiet hergestellt, daß von den entsprechenden MitarbeiterInnen der öffentlichen Erziehung in Krisensituationen zunächst informierend angelaufen werde. Was die Häufigkeit der Inanspruchnahme des jugendpsychiatrischen Dienstes angeht, ließe sich feststellen, daß in erster Linie Einrichtungen freier Träger auf diesen Dienst zurückgreifen würden. Dies sei vielleicht damit zu erklären, daß die Landesbetriebe über mehrere eigene Psychologen/Psychologinnen verfüge.

Bei einer Einschaltung des jugendpsychiatrischen Dienstes durch ein Heim bestehe die Aufgabe der Jugendpsychiaterin darin, zunächst eine Abklärung der Situation vorzunehmen. In der Regel würde es ausreichen, zu schauen, welche Fachinstitutionen in Hamburg für die speziellen Beratungs- oder Behandlungswünsche zuständig sind und die ErzieherInnen bzw. den Jugendlichen dorthin zu vermitteln. Nur in wenigen Fällen werde der jugendpsychiatrische Dienst umfangreich diagnostisch oder therapeutisch tätig. Feste Kriterien dafür, wann dies der Fall sei, bestehen nicht. In der Regel handele es sich aber um solche Situationen, wo kein adäquates Angebot im Rahmen der psycho-sozialen Regelversorgung bestehe. Die Tätigkeit des jugendpsychiatrischen Dienstes sehe dann so aus, daß vorwiegend die betroffenen Teams beraten würden, nur in wenigen Ausnahmefällen würden die JugendpsychiaterInnen direkt therapeutisch tätig.

Bei Heimaufnahme von Jugendlichen aus jugendpsychiatrischen Kliniken wird der jugendpsychiatrische Dienst vom Erziehungssachgebiet dann regelmäßig eingeschaltet, wenn es um die Frage der Abklärung einer »seelischen Behinderung« und der damit verbundenen Frage der Rechtsgrundlage der Unterbringung geht. Ansonsten sei die Einschaltung des jugendpsychiatrischen Dienstes eher zufällig und folge keinen festgelegten Kriterien. Häufig spiele der persönliche Kontakt zu den MitarbeiterInnen des Erziehungssachgebietes eine sehr wichtige Rolle in dieser Frage.

Bezüglich der häufigen Klage der Kliniken, daß es zu Reibungen mit den MitarbeiterInnen des Erziehungssachgebietes komme, wenn es um die Unterbringung eines Kindes/Jugendlichen in einer bestimmten Einrichtung gehe, sei zu bedenken, daß die Kliniken das Erziehungssachgebiet häufig erst sehr spät in eigene Überlegungen einschalten würden. Hier sei es sicher dienlich, wenn die Kliniken schon im Vorfeld konkret werdender Unterbringungen mit den MitarbeiterInnen des Erziehungssachgebietes zusammenarbeiten würden.

Häufig bestehe ein Konflikt darin, daß die Klinikfachkräfte pauschal davon ausgingen, daß in Hamburg die von ihnen gesuchte Einrichtung nicht vorhanden sei und sie aus diesem Grund Belegungen in benachbarten Bundesländern favorisieren würden. Dies sei jedoch häufig auch ein Resultat mangelnder Information über das Angebot an Hamburger Heimplätzen. So gebe es durchaus in Hamburg Einrichtungen (z.B. Margaretenhort), die feststrukturierte Rahmenbedingungen für z.B. psychotische oder epilepsiekrankte Kinder bieten würden. Die Einstellung der Klinikfachkräfte zur Hamburger Heimszene sei nicht differenziert genug. Es sei bedauerlich, daß die Klinikfachkräfte besonders des Wilhelmstiftes sich zu selten die Mühe machen würden, sich die Einrichtungen, die vom Erziehungssachgebiet vorgeschlagen werden, persönlich anzuschauen.

Werden von seiten der Heime Überlegungen angestellt, ein Kind oder eine/n Jugendliche/n in stationäre jugendpsychiatrische Behandlung zu geben, bestehe auf Seiten des

jugendpsychiatrischen Dienstes der Wunsch, in solche Überlegungen frühzeitig einbezogen zu werden, sei es um alternative Konzepte entwickeln zu können, sei es um die Entscheidung fachlich (jugendpsychiatrisch) abzusichern und zu begleiten.

Das folgende Fallbeispiel zeigt, wie sich in Fällen des Übergangs vom Heim in die Klinik ein Netz gelingender Kooperation zwischen dem jugendpsychiatrischen Dienst, dem Heim und der Klinik entwickeln kann.

#### Fallbeispiel

Ein epilepsiekranker Jugendlicher wird aus einer Wohngruppe nach einem ersten Selbstmordversuch in das AK Ochsenzoll zwangseingewiesen. Die Jugendpsychiaterin des jugendpsychiatrischen Dienstes wurde hiervon vom Erziehungssachgebiet informiert. Als die Jugendpsychiaterin in Ochsenzoll anruft, ist die Verlegung ins Wilhelmstift bereits geschehen. Mit dem Wilhelmstift sei es zur Absprache gekommen, daß die Jugendpsychiaterin des jugendpsychiatrischen Dienstes die Teambetreuung im Heim übernimmt, während der Jugendliche im Wilhelmstift behandelt wird. Es sei dann gemeinsam mit der Psychiaterin und dem Wilhelmstift ein Therapiekonzept entwickelt worden, wo das Wilhelmstift die Behandlung des Jugendlichen übernommen habe und die Jugendpsychiatrie die Teilaufgabe der Teambetreuung. Außerdem sei es Aufgabe der Jugendpsychiaterin gewesen, mit den Eltern des Jungen zu arbeiten und verbindliche Besuchsregelungen mit den Elternteilen (die getrennt lebten) und dem Team zu erarbeiten. Diese Arbeit habe die Krise des Jugendlichen sehr schnell entschärfen können, so daß er zurück in sein Heim habe kehren können. Die Nachbetreuung wird auch heute noch von der Jugendpsychiaterin des jugendpsychiatrischen Dienstes wahrgenommen. Dieser Fall sei als ein Beispiel besonders gut gelungener Kooperation zwischen den Bereichen Jugendhilfe und Klinik zu bewerten. Die Kapazität des jugendpsychiatrischen Dienstes für solche Arbeitsformen sei jedoch begrenzt. Die heutige Situation des Jugendlichen sei relativ stabil. Er sei zwar manchmal geneigt, weitere Suizidversuche zu unternehmen oder epileptische Anfälle selbst zu produzieren, mit dem Wilhelmstift bestehe aber eine Absprache, daß im Krisenfall eine erneute stationäre Behandlung möglich ist. Die beiden Hilfesysteme hätten sich in diesem Fall so miteinander verzahnt, daß eine optimale Hilfestellung für den Jugendlichen gewährleistet sei.

Als ein besonderes Manko wird es von Seiten des jugendpsychiatrischen Dienstes empfunden, daß es in Hamburg keine kinder- und jugendpsychiatrische Pflichtversorgung gebe. In akuten Krisen/bei Zwangsunterbringungen würden die Jugendlichen nur in der Erwachsenenpsychiatrie (Ochsenzoll, Eilbeck, Eppendorf) Aufnahme finden. Dies sei ein sehr großes Problem und es sei die Frage zu stellen, ob nicht auch die Jugendpsychiatrie in der Lage sein müßte, in akuten Krisen bzw. bei Zwangseinweisungen, Jugendliche aufzunehmen. Es sei z.B. ein Unding, daß heute in besonderen Krisen von Kindern und Jugendlichen Verlegungen aus den jugendpsychiatrischen Kliniken in geschlossene Erwachsenenabteilungen erfolgen würden. Nach Auffassung der befragten Psychiaterin geht es bei der Diskussion um die Pflichtaufnahme nicht darum, geschlossene Stationen zu schaffen, sondern darum, in den beiden jugendpsychiatrischen Kliniken »Krisenbetten« bereitzustellen. Diese Krisenbetten sollten allerdings in eskalierten Situationen die Möglichkeit der geschlossenen Führung mit erhöhtem Personaleinsatz haben.

Ein zweites zentrales und z.Zt. nicht gelöstes Problem bestehe in dem anwachsenden Kreis drogenabhängiger Jugendlicher und z.T. Kinder. Dies sei ein Kreis von jungen Menschen, für den weder die Jugendpsychiatrie noch die Jugendhilfe über wirksame Handlungskonzepte verfüge. Die Jugendhilfe sei zwar noch in der Lage, diesen Jugendlichen Unterkunft und Betreuung anzubieten, eine perspektivische pädagogische Arbeit sei jedoch in den allerseltensten Fällen möglich. Auch die Jugendpsychiatrie habe hier keine Konzepte. Die einzige medizinische Möglichkeit sei z.Zt. die Entgiftung im AK Ochsenzoll.

## *Kinder- und Jugendnotdienst*

Der Kinder- und Jugendnotdienst (KJND) leistet für das gesamte Stadtgebiet Hamburgs Krisenhilfe (incl. Unterbringung und Notaufnahme) für Minderjährige in Notsituationen. Er ist als Clearing-Institution für die Minderjährigen tätig. Im Rahmen dieser Funktion werden vom KJND Klärungsprozesse oft unter Einbezug verschiedenster Institutionen und Professionen u.a. auch der (Jugend-)Psychiatrie eingeleitet und begleitet.

Kinder oder Jugendliche aus dem KJND würden der Psychiatrie dann vorgestellt, wenn man sich unsicher sei, ob es sich bei bestimmten Phänomenen z.B. um psychotische Symptome handle. Hier sei zum Teil Abklärung/Vergewisserung und zum Teil medizinische Hilfe notwendig.

Die Erfahrung habe gezeigt, daß die Kooperation immer dann gut funktioniere, wenn es gelingt, gegenseitig die Gleichwertigkeit von sozialarbeiterischem und ärztlichem Handeln anzuerkennen. Problematisch werde es genau dort, wo diese Gleichwertigkeit nicht anerkannt werde, sei es aus Statusüberhöhungen seitens des Arztes, sei es aus Minderwertigkeitsgefühlen seitens der SozialarbeiterInnen. Wichtig sei es, Hilfeprozesse aus der Sicht beider Professionen zu diskutieren und abzustimmen. Schwierig werde es insbesondere auch dort, wo der Arzt qua seiner Profession eine Entscheidung treffe, und wo das gesamte Risiko bei Nichtbefolgen dieser ärztlichen Entscheidung bei den SozialarbeiterInnen verbleibe. Dieses betreffe z.B. die Situation, daß der Arzt eine Einweisung verfüge, die SozialarbeiterInnen sich jedoch dieser Einweisung widersetzen. Kooperationen liefen immer solange gut, solange man gleichberechtigt um seine Sichtweise argumentieren würde. Kooperation liefen immer dann schlecht, wenn ein beteiligter Partner sich hinter seiner Professionalität verstecken würde. Insgesamt wird vom KJND die Zusammenarbeit mit der (Jugend-)Psychiatrie auf dieser Basis als sehr gut bezeichnet. Die Entfernung zwischen der Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe verringere sich zusehends. Der Weg zu der anfangs geforderten partnerschaftlichen Kooperation werde schon in der heutigen Praxis deutlich sichtbar. Dem Anwachsen sozialarbeiterischen Selbstbewußtseins stehe in der heutigen Zeit ein Bröckeln der überhöhten Kompetenzerwartung an Ärzten überhaupt gegenüber. Von beiden Elementen würde die richtige zukunftsweisende Dynamik ausgehen. Kritik und Anregungen des befragten Mitarbeiters des KJND beziehen sich denn auch weniger auf das Verhältnis zur Psychiatrie als auf den Bereich der eigenen Disziplin.

Zunächst einmal sei zu fordern, daß jenen Kollegen und Kolleginnen, die sich unter Einsatz ihrer gesamten Persönlichkeit und Kompetenz schwierigen und schwierigsten Jugendlichen widmen, mehr Unterstützung und Solidarität zuteil werden müsse. Dies geschehe zu wenig.

Sobald etwas Ungewöhnliches öffentlich werde, kommen diese KollegInnen in einen ungeheuerlichen Rechtfertigungsdruck. Aus dieser Erfahrung/bzw. Angst entstünde häufig ein vorzeitiges Verzagen oder Überforderungsgefühl, wo man durchaus noch weitere Kräfte und Ressourcen mobilisieren könnte, wäre man sich nur der solidarischen Unterstützung von Kollegen und Vorgesetzten sicher.

Eine weitere, eher strukturelle Problematik bestehe darin, daß MitarbeiterInnen in der Heimerziehung, die zum Teil über Jahre mit extrem problematischen Kindern und Jugendlichen arbeiten (und z.T. leben) zu wenig professionelle Entwicklungsperspektiven haben. Es sei für den Erhalt der Qualität der Heimerziehung notwendig für 'ausgebrannte' Kollegen und Kolleginnen qualifizierte Umsteigemöglichkeiten in andere Arbeitsfelder bereitzuhalten. Ansonsten sei die Überforderung der noch so engagierten



Menschen schon strukturell angelegt, was das Thema »Grenzbereich zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie« langfristig zu einem Dauerbrenner machen würde, da diese Überforderung von Fachkräften in der Heimerziehung immer wieder auf den Rücken von Jugendlichen ausgetragen würde, indem strukturelle Probleme durch individuelle Schuldzuschreibung an den überfordernden Jugendlichen abgearbeitet würden.

### *Erziehungssachgebiet*

Die Rolle und Funktion des Erziehungssachgebietes im Amt für Jugend ist u.a. schon in Kap. 4.3 angesprochen worden. Ein zentraler Kritikpunkt beider Kliniken betraf das Erziehungssachgebiet und dessen Arbeitsweise bei der Vermittlung von Kindern und Jugendlichen aus Kliniken in Heimerziehung (vgl. auch 5.1). Kritisiert wurde vor allem, daß das Heimplatzvermittlungsverfahren zu lange daure und daß die SachbearbeiterInnen im Amt für Jugend die Kompetenz der Kliniken unterschätzen/leugnen würden, eigene Vorschläge für ein geeignetes Heim oder eine geeignete Wohngruppe zu unterbreiten. Hier gäbe es häufig Kooperationsprobleme. Konfrontiert mit dieser Kritik äußert eine Fachkraft des Erziehungssachgebietes: »Das Wilhelmstift ist für mich ein Bereich, wo ich sehr kritisch sehe, daß sie z.B. Leute aufnehmen, an ihren Aufgaben vorbei. Im Prinzip wird Jugendhilfe in der Klinik geleistet. Und dies über lange Zeit. Das halte ich für sehr gefährlich, weil sie sich dann unter medizinischen Gesichtspunkten irgendwann wieder verabschieden von den Jugendlichen. Damit werden für mich nicht erkennbare Brüche produziert. Es wird erklärt, der Aufenthalt ist jetzt nicht mehr notwendig. Die Jugendlichen werden unter bestimmten Belastungen aufgenommen, mit einer Diagnose versehen und bleiben dann ein Vierteljahr, ein halbes oder ein ganzes Jahr da. Ich weiß eigentlich nicht, was da passiert. Und wenn ich mal frage, ist das nichts anderes, als daß sie in Erziehungsgruppen gelebt haben und auch so betreut worden sind. Man hat zwar große Ansprüche, was die Nachsorge betrifft. Aber in Wirklichkeit passiert da nichts. Es gibt große Brüche. Und dann kommt das Wilhelmstift und sagt, wir haben hier jemanden, der muß jetzt raus und zwar sehr schnell. Und das wird dann mit Vorstellungen verbunden von Einrichtungen, in denen ein ähnlicher Charakter besteht, wie in der Klinik.«

### *5.4 Zusammenfassung - Konkordanz und Diskrepanzen*

Zunächst ist als wichtigstes Ergebnis der Interviews festzuhalten, daß von den meisten InterviewpartnerInnen die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Hamburg generell als gut bis sehr gut bezeichnet wurde. Der folgende Versuch, einige zentrale Positionen nochmal besonders zu benennen und daran Übereinstimmungen und Gegensätzlichkeiten der VertreterInnen beider Disziplinen herauszuarbeiten vollzieht sich also auf einem relativ hohen Niveau von heute schon gewährleisteter Zusammenarbeit und gegenseitiger Akzeptanz.

Ein hohes Maß an Übereinstimmung aller befragten Fachkräfte aus Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie bestand hinsichtlich der Zahl der jugendpsychiatrischen Klinikplätze in Hamburg. Von allen befragten Fachkräften wurde die Auffassung vertreten, daß das stationäre Platzangebot für Kinder- und Jugendpsychiatrie ausreichend und angemessen

für Hamburg sei. Die Forderungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen/psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (50 bis 80 jugendpsychiatrische Klinikplätze für 100.000 bis 150.000 Minderjährige, vgl. S.34 ff) wurden von allen befragten Fachkräften aus Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie als weit überzogen charakterisiert. Das sehr weit ausgebaute ambulante jugendpsychiatrische Netz in Hamburg erweise sich als sehr tragfähig und lasse ein stationäres Platzangebot weit unterhalb der Forderungen der Expertenkommission für angemessen und ausreichend erscheinen. Während von seiten einzelner Fachkräfte der Jugendhilfe jedoch ein weiterer Abbau der stationären Platzkapazität für erstrebenswert gehalten wird, waren die Fachkräfte der Jugendpsychiatrie jedoch eher der Meinung, daß der heutige Stand nicht unterschritten werden dürfe. Allerdings wurde auch von dieser Seite eingeräumt, daß durch effektivere Nutzung ambulanter Angebote einerseits und durch effektivere Übergangsmodalitäten von Kindern und Jugendlichen in die Heimerziehung andererseits ein Teil der Hospitalisierungen verkürzt werden oder überflüssig gemacht werden könnte.

Ein weiterer zentraler Punkt, in dem die Interviews Übereinstimmung erbrachten, war die Frage der geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen. Von allen Seiten wurde die Aufhebung der geschlossenen Unterbringung begrüßt. Auch von den befragten KlinikmitarbeiterInnen wird diese jugendhilfepolitische Grundsatzentscheidung mitgetragen. Die Praxis der letzten zehn Jahre habe erwiesen, daß ein Verzicht auf geschlossene Unterbringung im Rahmen der Jugendhilfe nicht zu vermehrter Krankheitszuschreibung und damit zu vermehrten Klinikeinweisungen führe (vgl. Kap 4.1). Auch von seiten der Kliniken wird das Vorhalten geschlossener Klinikplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie abgelehnt. Es komme zwar vor, daß einzelne selbst- und fremdgefährdende Jugendliche festgehalten werden müssen, jedoch würden diese Einzelfälle das Vorhalten einer institutionell geschlossenen Jugendpsychiatrie nicht rechtfertigen.

Eine dritte Übereinstimmung über die Fachkräfte beider Disziplinen hinweg ergibt sich in der Frage der Definition von »Grenzfällen«. Von VertreterInnen beider Disziplinen wurde dieser Begriff für sehr unglücklich gehalten. Einig war man sich darin, daß wenn Jugendliche aus dem Jugendhilfesystem in eine jugendpsychiatrische Klinik kommen, die Zuständigkeit der Jugendhilfe (des Heimes) in vollem Umfang aufrechterhalten bleibt. Anders als in anderen Bundesländern (vgl. Gintzel/Schone 1989) komme es in Hamburg so gut wie nicht vor, daß ein Heim, welches ein Kind oder einen Jugendlichen in die Klinik bringe, die Wiederaufnahme verweigere. Hier habe sich auf breiter Ebene die Haltung durchgesetzt, daß eine Überweisung an die Klinik keine Delegation von Zuständigkeit beinhaltet, sondern lediglich - analog jeglicher anderer Krankenbehandlung - die spezielle Kompetenz eines Jugendpsychiaters/einer Jugendpsychiaterin bei einem bestimmten Problem *hinzugezogen* wird. Sowenig wie man z.B. von einem »Grenzfall« zwischen Familie und Jugendpsychiatrie sprechen könne, wenn ein Kind aus der Familie in einer Klinik behandelt wird, sowenig könne man auch von einem Grenzfall zwischen Heim und Jugendpsychiatrie sprechen. Die Zuständigkeit einerseits der Familie und andererseits des Heimes als primärer sozialer Bezugsrahmen wird von seiten der Kliniken nicht bestritten, muß häufiger von ihnen sogar explizit eingefordert werden. Die starke Sichtweise von Jugendpsychiatrie als Krankenbehandlung spiegelt sich in einer Reihe der oben dokumentierten Fallbeispiele für »Grenzfälle« wider. Seltener geht es um eskalierende Verhaltensweisen von Jugendlichen, die den Einbezug von Jugendpsychiatrie bewirken. In mehreren Beispielen bestehen dagegen deutlich

somatische Krankheitshintergründe (Diabetes, Epilepsie). In diesen Fällen besteht zumeist ein breiter Konsens über die Notwendigkeit integrierter (medizinischer, psychologischer und pädagogischer) Arbeitsansätze - in unserem Fall der eng verzahnten Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie.

Deutlich unterschiedliche Einschätzungen erbrachten die Interviews jedoch hinsichtlich der weiteren Eckpfeiler der Hamburger Heimreform: Dezentralisierung, Entspezialisierung. Den meisten KlinikmitarbeiterInnen ging das Konzept der Entspezialisierung und Alltagsorientierung der Hamburger Heimeinrichtungen zu weit. Gerade jene Kinder und Jugendlichen, die aus dem »beschützten Raum« der Kliniken in öffentliche Erziehung vermittelt würden, seien durch das hohe Maß der Alltagsorientierung der Heime oft überfordert. Die Diskrepanz zwischen dem strukturgebenden Leben in der Klinik und dem Alltagsleben in den Heimgruppen sei für viele Kinder zu hoch. Gerade für ehemals psychotische Kinder und Jugendliche würden engere Betreuungsrahmen benötigt, als dies die meisten Heime in Hamburg bieten würden. Nach Einschätzung insbesondere der MitarbeiterInnen des Wilhelmstiftes fehle es in Hamburg an heilpädagogischen Heimen (mit besonderen Personalschlüsseln und übergreifenden therapeutischen Diensten). Dagegen gebe es bei weitem zu viele Jugendwohnungen, in denen die »Rund-um-die-Uhr«-Betreuung nicht gewährleistet sei. Von seiten der Heimeinrichtungen wird dieser Kritik deutlich entgegengehalten, daß die zentrale Person im Umgang mit den jungen Menschen der/die Sozialpädagoge/-pädagogin bzw. ErzieherIn ist. Er/sie ist im unmittelbaren Umgang mit den Betreuten für die Gestaltung der gemeinsamen Lebenswelt verantwortlich. Auch wenn im Rahmen des Entspezialisierungskonzeptes auf gruppenübergreifende therapeutische Dienste gänzlich verzichtet werde, werde hierin jedoch keine spezialistenfeindliche Haltung deutlich. Das Konzept der Entspezialisierung gehe vielmehr davon aus, daß kein generell institutionalisiertes Angebot in den Heimeinrichtungen vorgehalten werde, sondern psychologische, therapeutische oder jugendpsychiatrische Fachkompetenz ausschließlich extern entsprechend den individuellen Notwendigkeiten und Bedürfnissen im Einzelfall in Anspruch zu nehmen. Es erfolge also weniger eine Abkehr von der Inanspruchnahme von Spezialisten, als eine Effektivierung durch eine auf den Einzelfall abgestimmte Wahl externer Spezialisten. In der Frage der Spezialisierung/Entspezialisierung wird allerdings das grundsätzlich unterschiedliche eigene Handlungsverständnis von jugendpsychiatrischen Kliniken (Behandlungsinstitutionen) und Heimen (Lebensorten) deutlich. Vor diesem Hintergrund meldeten mehrere der befragten HeimpädagogInnen Zweifel an, ob es gerechtfertigt sei, Kinder und Jugendliche über die akute Krankenbehandlung hinweg in der Klinik zu betreuen. Insbesondere an das Wilhelmstift richtet sich die Kritik, daß es Kinder und Jugendliche zu lange in ihren Stationen festhalte. Häufig sei bei Übergängen aus der Klinik ins Heim unverständlich und nicht nachvollziehbar, warum die vorangegangene Klinikbehandlung so lange gedauert habe. Das Ziel längerfristiger psychotherapeutischer Arbeit unter den Bedingungen einer jugendpsychiatrischen Klinik wird vom überwiegenden Teil der befragten HeimmitarbeiterInnen abgelehnt. Eindeutige Kriterien für die Entlassung von Kindern und Jugendlichen nach erfolgter (Kranken-)Behandlung existieren offensichtlich nicht. Schwierig und aus dem Auftrag der Jugendpsychiatrie nicht begründbar wird die Situation insbesondere dann, wenn die Klinik das Kind oder den Jugendlichen behält, nicht weil dieses/dieser der Behandlung noch bedürfte, sondern weil man dessen Rückkehr in die Familie aufgrund der dortigen Situation (noch) nicht für vertretbar hält. Dies hat mit krankenhausbegründender Krankheit nichts mehr zu

tun. Hier ergäbe sich nach Ansicht der befragten Heimfachkräfte insbesondere für das Wilhelmstift viel häufiger das Erfordernis, Jugendhilfe frühzeitiger einzuschalten.

Abschließend sei noch einmal betont, daß von fast allen befragten Fachkräften insbesondere in den letzten Jahren eine stete Verbesserung der Zusammenarbeit von jugendpsychiatrischen Kliniken und Heimen konstatiert wird. Eine hohe Sensibilisierung für wechselseitige Überweisungsprozesse habe gerade in den letzten Jahren zu vermehrten gegenseitigen Hospitationen zwischen Heim- und Klinikfachkräften geführt. Von allen Beteiligten wird hierin ein sinnvoller Weg gesehen, »Berührungspunkte« zwischen den Fachkräften der Disziplinen und ungerechtfertigte überhöhte Vorstellungen bezüglich der Qualifikation der KlinikmitarbeiterInnen abzubauen. Durch die wechselseitigen Darlegungen der eigenen Wirkungsmöglichkeiten von Jugendpsychiatrie und Heimerziehung würden zunehmend realistischere Einschätzungen bezüglich der Leistungsfähigkeit und Begrenzungen der jeweils anderen Disziplin möglich, die wiederum Voraussetzung für einen gleichwertigen Aushandlungsprozeß beider Disziplinen über die richtige Maßnahme für einen jungen Menschen sei.

## 6. ZWEI FALLBEISPIELE - ODER: WIE ERLEBEN BETROFFENE JUGENDLICHE DIE GRENZERFAHRUNG VON INSTITUTIONEN?

»In der Erziehung zählt das Urteil der Opfer. Ein System, das gar nicht hinhört, was diese sagen, das nicht sehen will, was diesen geschieht, kann sich nicht selbst einschätzen, vermag sich nicht selbst zu korrigieren und wird ihnen alle Folgen der eigenen Verkehrtheit aufladen« (v. Hatzig 1983, S. 223).

Die folgenden Fallbeispiele haben nicht zum Ziel die persönliche Lebensgeschichte junger Menschen nachzuerzählen. Auch geht es nicht (nur) darum, die Verhaltensweisen und Entwicklungsprozesse der Jugendlichen zu beschreiben, die dazu geführt haben, daß Institutionen sich an ihre Grenzen gekommen wähnten. In den beiden Fallgeschichten von Stefanie und Peter<sup>7</sup> geht es darum, »das Urteil der Opfer« einzuholen. Hierfür stehen nicht sie selbst im Brennpunkt der Betrachtung, sondern die Institutionen, die antraten, ihnen zu helfen, sollen retrospektiv durch ihre Brille gesehen und bewertet werden (vgl. S. 26ff in diesem Bericht).

### 6.1 Stefanie

#### *Chronologie*

- 1968 Stefanie wird als zweites Kind ihrer verheirateten Eltern geboren. Ihr Bruder ist zwei Jahre älter.
- 1974 Stefanie wird eingeschult. Sie wechselt nach der Grundschule auf ein Gymnasium.
- 1980 Stefanies Eltern lassen sich scheiden. Danach zieht die Mutter mit ihren Kindern mehrmals um.
- 1984 Stefanie zieht auf ihren eigenen Wunsch zu Hause aus und wird in einem Heim aufgenommen.  
Etwa drei Monate nach der Heimaufnahme erfolgt Stefanies Unterbringung in der stationären Jugendpsychiatrie (UKE).
- 1985 Nach etwa einjährigem Aufenthalt in der Klinik wird Stefanie zum Vater entlassen.  
Nach eskalierenden Auseinandersetzungen mit dem Vater erfolgt eine Akutaufnahme Stefanies in einem Allgemeinkrankenhaus mit anschließender Überweisung ins UKE.  
Dort bleibt Stefanie etwa einen Monat und wechselt Ende des Jahres 1985 wieder in das ihr bekannte Heim.

---

<sup>7</sup> Die Namen wurden geändert.

- 1986 Stefanie lebt im Heim, wird aber zweimal für je etwa drei Monate im AK Ochsenzoll im Rahmen von Zwangsunterbringungen nach Suizidversuchen untergebracht.
- 1987 Stefanie lebt im Heim und besucht für ein Jahr eine Tagesklinik.
- 1988 Stefanie zieht auf eigenes massives Drängen in eine teilbetreute Jugendwohnung um. Ende des Jahres wird sie nach einem Selbstmordversuch, der nur durch Zufall vereitelt werden kann, ins AKO eingewiesen.  
Die offizielle Heimunterbringung wird wegen Volljährigkeit beendet.
- 1989 Nach 10monatigem Aufenthalt im AKO zieht Stefanie in eine Einrichtung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen.
- 1990 Nach wenigen Monaten wird Stefanie von der Einrichtung aufgrund von Konflikten »vor die Tür gesetzt«. Sie ist damit obdachlos und zieht zu ihrer Mutter. Die Mutter zieht bald darauf in eine andere Wohnung. Stefanie kann ihre Wohnung übernehmen.  
Mitte des Jahres geht Stefanie freiwillig ins AKO, entläßt sich wieder und kehrt kurz darauf dorthin zurück.

### *Die Heimaufnahme*

Stefanie und ihre Mutter werden dem Jugendamt erstmals bekannt, nachdem beide die zuständige Sozialarbeiterin im Amt für soziale Dienste aufsuchen und Stefanie erklärt, daß sie Zuhause ausziehen möchte, da sie sich mit dem Lebenspartner der Mutter nicht verstehe und es zu häufigen, z.T. massiven Streitigkeiten komme. Die Mutter unterstützt diesen Entschluß ihrer Tochter. Nachdem sich der zunächst ins Auge gefaßte Bezug einer (bezirklichen) Jugendwohnung nicht realisieren läßt, ist Stefanie mit einer Heimaufnahme einverstanden. Zum Zeitpunkt der Anfrage hatte Stefanie gerade die 10. Klasse des Gymnasiums mit der Mittleren Reife abgeschlossen und besuchte weiter das Gymnasium.

Hintergrund des Wunsches von Stefanie, in ein Heim zu gehen, war ihre Lebenssituation zu Hause.

*»Nachdem die Ehe der Eltern 1980 geschieden wurde, ist die Mutter mit den Kindern in den vier Jahren insgesamt viermal umgezogen. Seit ca. sechs Monaten leben sie bei ihrem derzeitigen Partner mit vier Personen in einer Zweieinhalb-Zimmer-Wohnung. Stefanie begründet ihren Wunsch, sich von ihrer Mutter zu trennen, damit, daß sie sich schon seit langem nicht mehr mit ihr versteht. Stefanie ist der Meinung, daß die voll berufstätige Mutter sich nicht genug um sie gekümmert hat. Da die Mutter auch ihre Freizeit nicht voll den Kindern widmete, haben sich die Fronten mehr und mehr verhärtet. Die Mutter hatte nach der Ehescheidung verschiedene Männerbekanntschaften, mit den meisten hat sich Stefanie nicht recht verstehen können. Sie fand die Männer nach eigenen Angaben weder für die Mutter akzeptabel, noch für sich als Vaterersatz. ...*

*Stefanie schildert, daß es zwischen ihr und dem Freund der Mutter ständig zu lautstarken Auseinandersetzungen kommt, z.T. sind sie wohl schon mit Messer und Schere aufeinander losgegangen. Keiner ist mehr zu Kompromissen bereit. Stefanie sagt im Einzelgespräch, daß sie - wenn sie genau wüßte, daß ihre Mutter mit ihrem Freund gut zurecht käme - sich vielleicht mehr Mühe gegeben hätte, sich zu arrangieren. So*

erscheint es für sie aber unerträglich. Frau M. will sich von ihrem Freund zur Zeit auch gar nicht trennen. ...

Stefanie hat zu ihrem leiblichen Vater losen Kontakt. Er ist gegen die Heimunterbringung seiner Tochter, u.a. weil er meint, man dürfe ihre Wünsche nicht sofort erfüllen. Zu ihrem (zwei Jahre älteren) Bruder Jakob hat Stefanie nach eigenen Angaben kein sehr gutes Verhältnis. Bei näherem Nachfragen scheint es sich aber um die übliche Geschwisterrivalität zu handeln.

Im Gespräch wirkt Stefanie einerseits ganz offen, andererseits verkrampft und äußerst nervös. Sie fummelt ständig an sich herum und lacht verkrampft zu passender und unpassender Zeit mit Tränen in den Augen. Stefanie sagt ganz klar, daß ihr die Mutter leid tut, weil sie das Gefühl hat, daß sie sich gegen sie entscheidet, obwohl die Mutter ihren Entschluß, ins Heim zu gehen, unterstützt. ...

Ziel der Unterbringung soll deshalb sein, daß Stefanie zur Ruhe kommt, wieder zu sich selbst findet und sich nicht mehr nur hinter Schularbeiten verkriechen muß, aber in Ruhe ihren Schulabschluß machen kann. Stefanie ist nicht verwahrlost und noch in der Lage, bei der Planung ihrer Zukunft mitzuhelfen und mitzuentcheiden. Es muß unter allen Umständen vermieden werden, daß sie eine kopflose Torschlußhandlung begeht, was zu befürchten wäre, wenn sie nicht jetzt aus dem Elternhaus herausgenommen wird« (aus: FEH-Antrag 1984).

Stefanie sagt heute zu ihrer Heimunterbringung:

► S.: Ja, das war so, daß es bei uns zu Hause immer reichlich chaotisch zugegangen ist. Und meine Mutter ... ja, die haben da immer mit gedroht, daß, wenn ich mich nicht benehme, ins Heim komme. Und ich hab dir ja das letzte Mal schon gesagt, daß ich diesen Gedanken gar nicht so erschreckend fand. Ich bin dann mit meiner Mutter zum Jugendamt gegangen und die haben mir dann irgendwas von einer Jugendwohnung erzählt, in die ich dann auch reinwollte, aber in die ich nie reingekommen bin, weil finanziell lief da irgendwie nichts, das zu starten.

*Und dann bis du irgendwie an [dies Heim] gekommen. Wie hast du das überhaupt kennengelernt?*

S.: Ja, das lief da alles Holterdipolter. Es war da eigentlich gar kein Platz frei ... und ich bin in so eine Jugendwohnung gekommen, und ich habe dann da so im Wohnzimmer mein Zimmer gehabt, weil die waren irgendwie so drauf, daß sie gesagt haben: Ja, komm doch her, und wenn du nicht weißt wohin, kannst du auch hier wohnen. Hinterher gab es noch reichlich Trouble deswegen.

*Mit wem, mit den anderen Kids? Oder warst du nicht einverstanden, im Wohnzimmer zu pennen?*

S.: Nö, ich hatte ja das größte Zimmer von allen.

*Wieso gab es Trouble?*

S.: Also, ich fühlte mich da nicht ganz wohl, aufgrund der blöden Anmache von einem Jugendlichen, der da noch war, der mich da immer so angefaßt hat. Und das nicht nur einmal am Tag, sondern echt öfters. Und als ich ins Heim gekommen bin, war ich ohnehin schon fertig. Ich hatte zu der Zeit eine Therapie laufen, eine ambulante. ◀

Da der Eingangsbericht des Amtes für soziale Dienste die große Reife von Stefanie hervorgehoben habe und sie auch in den Vorgesprächen als eloquentes, intelligentes und selbstbewußtes Mädchen geschildert wurde, war sie in einer Jugendwohnung des Heimes untergebracht worden.

Die HeimmitarbeiterInnen erfuhren erst nach der Aufnahme des Mädchens, daß sie sich in einer ambulanten Therapie bei einer Therapeutin des Michael-Balint-Institutes befand. Diese Therapie war auf Initiative der Lehrerin begonnen worden, nachdem Stefanie erste demonstrative Suizidversuche unternommen hatte und durch massive Konzentrationsstörungen sowie Zitteranfälle in der Schule auffiel. Von all diesen Erscheinungen war im Heim vor der Aufnahme nichts bekannt. Andernfalls wäre man im Heim »nie auf die Idee gekommen, das Mädchen in einer Jugendwohnung zu betreuen«.

### *Der erste Klinikaufenthalt*

Schon wenige Tage nach der Heimaufnahme fiel auf, daß Stefanie sehr große Distanz zu den Erwachsenen hielt. Es habe sehr viel Mühe gekostet, an sie heranzukommen. Erste Anzeichen einer psychischen Krise wurden erkennbar, nachdem Stefanie begann, von Halluzinationen (Menschen ohne Unterleib) zu erzählen und nachdem sie häufig scheinbar unmotiviert in tiefe Depressionen versank. Verschärft habe sich die Problematik in den Schulferien, wo der äußere strukturierende Rahmen (Schulbesuch) entfallen sei. Stefanies ohnehin schon starkes und häufiges Zittern habe sich in dieser Zeit sehr verschärft. Außerdem sei sie überhaupt nicht mehr aufgestanden.

*»In Gesprächen fällt Stefanie durch ihre enorme innere Unruhe und Unsicherheit auf. Sie kann sich kaum gelassen in eine Gesprächssituation eingeben. Vielmehr läuft sie auch bei Unterhaltungen im Raum umher, kaut auf den Fingernägeln und raucht nahezu ununterbrochen. Ihre Sprache klingt abgebrochen und abgehackt, selten spricht sie in gegliederten Sätzen. ...*

*Zu Anfang eines Kontaktes ist sie mißtrauisch und lehnt die Auseinandersetzung über oberflächliche Themen ab, so daß ein Gespräch mit wechselseitiger Beteiligung nur selten entstehen kann. ... Stefanie setzt sich sehr stark mit der Definition von psychoanalytischen Krankheitsbildern auseinander. Sie ordnet sich selbst und auch ihre Verhaltensweisen passagenweise in entsprechende Definitionen ein ... Sie steigerte sich in Wahngedanken, fühlte sich von kopflosen Menschen verfolgt und äußerte immer deutlicher, wie sinnlos sie ihr Leben empfand. Stefanies Gedanken und Verhaltensweisen nahmen immer verwirrtere Züge an. So schlitzte sie ihrem Plüschesel die Kehle auf und trauerte anschließend regelrecht um ihn, weil er für sie nun tot war. Zudem malte sie unaufgefordert Interaktionsszenen auf zwischen einer Person (die sie offensichtlich selbst darstellen sollte) und einer Gruppe von Personen, die diese Einzelperson als krank bezeichnete und den Umgang mit ihr ablehnte. Sie stellte zeichnerisch eine Reihe von Suizidmöglichkeiten dar und kaufte Rasierklingen, mit denen sie an der Pulsader des Handgelenks zu schnippeln« (aus: Heimbericht 1984).*

*»Damals war die Situation die, daß Stefanie das erste Mal angefangen hatte, zu schnippeln, daß sie Verfolgungsängste hatte, daß sie nicht mehr aus dem Bett kam, daß sie selber sagte, sie würde sich nicht geschützt genug fühlen. Daraufhin fand ein gemeinsames Gespräch zwischen der Mutter, der Therapeutin, Stefanie und mir statt, wo es dann um die Einweisung ging. ... Es ging zunächst einmal darum, daß diese Therapeutin damals ins Gespräch brachte, daß Stefanie doch besser stationär-psychiatrisch behandelt werden sollte. Das war im Prinzip mit unserer Einschätzung vor Ort parallel gelaufen. Da wir schon gedacht hatten, daß wir nicht ausreichen, sie sicherstellen zu können. - Ich muß nochmals sagen, wir hatten damals einfach nicht*



*genug Erfahrung. Wir waren ein klassisches Kinderheim. Suiziderfahrungen gab es bis dahin nicht« (Interview Heim-Mitarbeiterin).*

Stefanie sieht ihr erste Klinikunterbringung heute so:

► S.: Ich bin irgendwie zu ihr [der Therapeutin] angekommen und hab gesagt: Ich mach jetzt nichts mehr. Ich geh weder zur Schule oder mache sonst noch was, weil ich nichts mehr schaffe. Und da meinte sie: Stefanie, würdest du dich zur Zeit in einer Klinik besser fühlen?

*Das war das erste Mal, daß überhaupt jemand mit dir über eine Klinik gesprochen hat?*

S.: Ja. Ja, da habe ich sie zuerst ausgelacht und meinte: Sie meinen Krankenhaus? Und da meinte sie: Ja. Und ich hab gesagt: Was soll ich denn da? Ich bin doch nicht krank. Und da hat sie gesagt: Ich glaube doch.

*Und, hat sie dich überzeugen können? Oder wie ging das dann weiter?*

S.: Nö, ich fand das dann doch irgendwie erleichternd. Ich habe irgendwie - hört sich blöd an -, aber in der WG, da war Thomas [ein Jugendlicher] noch, und mit dem habe ich mich da eigentlich ganz gut verstanden ... Wir haben also nächtelang durchgemacht und immer irgendwelche Stories erzählt und Kaffee getrunken. Und dem habe ich schon immer irgendwie - schon in der zweiten Woche, nachdem ich im Heim war - habe ich ihm gesagt: Ich komm irgendwo hin, wo es nicht mehr so ist. Irgendwo komm ich hin. Und als Frau S. dann meinte, Klinik, da dachte ich dann irgendwie: Ja, das wird es dann wohl sein. Und dann habe ich mich wahnsinnig gefreut, dahinzukommen. ◀

*»Und dann kam es zu dieser Einweisung. Stefanie und ich sind zusammen ins UKE gefahren. Das war wirklich interessant, weil Stefanie war sehr lange im Arztzimmer gewesen, im 8. Stock. Die Mutter hat in der Zeit - ich sagte ja vorhin, die beiden haben immer ausgehandelt, wer der kränkere ist -, die Mutter und ich hatten dann das erste Mal Gelegenheit, sehr lange miteinander zu sprechen. Frau M. sagte damals, sie würde Stefanie beneiden oder eifersüchtig darauf sein, daß Stefanie aufgrund ihrer Krankheit so viele Leute hätte, die sich um sie kümmern würden. Die Mutter würde eigentlich die belastetere sein und hätte niemanden und wüßte überhaupt nicht, wie sie das ertragen sollte« (Interview Heim-Mitarbeiterin).*

In der Jugendpsychiatrie des UKE blieb Stefanie knapp ein Jahr, bevor sie zu ihrem Vater entlassen wurde. Der Klinikaufenthalt bedeutete für Stefanie zunächst, daß Menschen sich sehr intensiv, regelmäßig und verlässlich um sie kümmerten und stets ihre Befindlichkeit wahrnahmen. Nachdem sie sich früher, insbesondere von ihrer Mutter mit ihren Problemen nie ernst- und angenommen gefühlt hatte, spielte es für sie eine große Rolle, daß in der Klinik Menschen waren, die sehr viel Zeit hatten, mit ihr Gespräche zu führen. Aufgrund ihrer Intelligenz und Verbalisierungsfähigkeit habe sie es verstanden, sich innerhalb der Klinik als 'interessanter Fall' darzustellen. Auch von den anderen Jugendlichen auf der Station sei sie aufgrund ihrer Klugheit, Stärke und Dominanz sozial sehr anerkannt gewesen.

► S.: ... ich würde im Nachhinein sagen: Das war eines der besten Jahre, die ich überhaupt in meinem Leben hatte - da oben im 8. Stock. ...

Ja, das waren alles Jugendliche, mit denen ich mich verständigen konnte, denen es genauso ging wie mir. ◀

Die Zeit in der Klinik dehnte sich auf nahezu ein Jahr aus, weil Stefanie auch während des Klinikaufenthaltes immer wieder an den Unterarmen schnipelte. Da Stefanie auch für die behandelnden Ärzte/Ärztinnen ein sehr interessantes Mädchen gewesen sei, sei

ihre Loslösung von der Klinik sowohl für sie als auch für Stefanie sehr schmerzvoll gewesen (Interview Heim-Mitarbeiterin).

### *Die Entlassung zum Vater und die erneute Krise*

Obwohl der Heimplatz für Stefanie vom Amt für Jugend nach wenigen Monaten freigegeben worden war, wurde der regelmäßige Kontakt zum Mädchen von seiten einer Heim-Mitarbeiterin aufrechterhalten, da man davon ausging, daß Stefanie nach der Klinikentlassung in das Heim zurückkehren würde.

Vor diesem Hintergrund kam Stefanies, gegen Ende des Klinikaufenthaltes geäußelter Vorschlag, zu ihrem Vater zu ziehen, für alle Beteiligten sehr überraschend. Vom Heim wird eine wesentliche Triebkraft für die plötzlichen Anstrengungen des Vaters um seine Tochter darin gesehen, daß er in den zurückliegenden Monaten der Heimunterbringung Stefanies nicht unwesentlich zu den Heimpflegekosten zugezogen wurde und daß er sich durch die Aufnahme Stefanies in seinen Haushalt eine Ersparnis erhoffte. Zu keinem Zeitpunkt habe er den Eindruck erwecken können, daß er versuchen wolle oder könne, dem Mädchen bei der Überwindung ihrer Probleme zu helfen. Deutliche Zweifel wurden auch von seiten des Amtes für Jugend gehegt:

*»Der Vater hat mit seiner jetzigen Frau eigene Ansprüche an seine Lebensführung und allein schon wegen der Berufssituation keine Möglichkeit, intensiv für Stefanie da zu sein. ... Selbst Mittagessen nehmen Vater und Stiefmutter in der Betriebskantine ein. Stefanie müßte sich also selbst versorgen oder ebenfalls dort essen. Zu der Stiefmutter hat Stefanie keine Beziehung, zum Vater war zumindest in den letzten Monaten und Jahren nur losester Kontakt.*

*Es ist somit äußerst fragwürdig, ob die Entscheidung, Stefanie beim Vater wohnen zu lassen, dem Wohl des Mädchens entspricht. Dabei ist die gesundheitliche Situation noch so desolat, daß die Fachärzte keine Prognose geben können. Allein die Hoffnung Stefanies auf ein neues Zuhause und damit verbunden der durchaus spürbare Aufschwung geben das Recht, ihre Planung zu unterstützen. Ein Entgegenstellen würde einen Rückfall mit nicht zu übersehenden Folgen haben. Auch vertrete ich die Auffassung, eine Planung der Beteiligten und besonders eines Jugendlichen unterstützen zu können/sollen/dürfen, aber nicht ersetzen zu können. ...*

*Die weitere Jugendhilfe muß sich nun nach den Bedürfnissen Stefanies richten. Zuständige Fachärzte müssen einbezogen werden, die Beteiligten selbstverständlich gehört werden.« (Brief des Amtes für Jugend, 1985)*

Obwohl von seiten der Heim-Mitarbeiterin auch in der Familie beratende Tätigkeiten wahrgenommen wurden, traten schon nach wenigen Tagen und Wochen erhebliche Schwierigkeiten und Spannungen auf. Während sich für den Vater und dessen Frau diese Schwierigkeiten am Umgang Stefanies mit den Regeln des Zusammenlebens und an alltäglichen Situationen festmachten (Aufräumen, Ordnung halten etc.), berichtet Stefanie, daß sie versucht habe, die über ein Jahr in der Klinik eingenommenen Medikamente zu Haus abzusetzen, und daß sie von massiven Versagensängsten und Angstzuständen geplagt worden sei.

► S.: Also, ich konnte unheimlich schlecht schlafen und ich hatte damals schon voll die Spinnenphobie, wie ich sie jetzt auch habe.

*Du hast eine richtige Spinnenphobie?*

S.: Also, für mich ist eine Phobie, wenn die Angst ins Leben eingreift. Wenn ich eine Spinne sehe, dann greift das in mein Leben ein, weil ich dann echt außer mir bin. ... Ich schmeiße mich dann auf den Boden und hab meine Schuhe ausgezogen und hab auch so komische Geräusche gemacht, so geheult und mir wurde schlecht, weil ich echt solche Angst hatte. Also, Spinnen, ne. Uäh! ... Also, die Nächte bei meinem Vater, das war halt echt eine totale Qual, weil ich da fast so gut wie gar nicht geschlafen habe, obwohl ich mir dann nach einiger Zeit auch Medikamente besorgt habe.

*Wegen der Spinnenphobie oder warum?*

S.: Nö, einfach nur, um zu schlafen. Ich war halt immer nur am kratzen. Also, ich hab mich überall gekratzt. ... Jetzt ist sie da ... jetzt ist sie da ... Ungefähr so. Es hört sich bescheuert an, aber ich bin zehnmal in der Nacht aufgestanden und habe mein ganzes Bett nach Spinnen durchsucht. ...

Dann waren da immer so schmale Flure. Ich bin da nie so locker so langgegangen, weil ich dachte, wenn da irgendwo eine sitzt, die krabbelt mir irgendwo hin.

*Ist dir das schon mal passiert, daß dich eine Spinne bekrabbelt hat?*

S.: Ich weiß noch, als wenn es gestern gewesen wäre. Da war ich so drei, vier Jahre, da hatten wir in G. so ein komisches Haus. Unter dem Dach hatten wir da irgend so ein Schlafzimmer. Auf jeden Fall lag ich dort in meinem Schlafsack und denke, was schlurft denn hier so. Irgendwas schlurft hier doch. Und dann war das so ein fettes Vieh von Spinne und krabbelte genauso auf mein Gesicht zu ... Das ist meine Hypothese, daß das irgendwie so dadurch kommen konnte überhaupt. ◀

Zur Eskalation im Haushalt des Vaters kam es, als dieser das Tagebuch gelesen hatte, in dem sie über ihre Beziehungs-/Liebeswünsche zu ihrer Therapeutin geschrieben hatte. Der Vater und seine Frau hatten Stefanie ob dieses Tagebuches beschimpft und beleidigt, worauf es zu heftigen körperlichen Auseinandersetzungen kam. Die zur Hilfe gerufene Polizei brachte die völlig aufgebrachte Stefanie ins AK Barmbeck, von wo aus sie direkt ans UKE weiterverwiesen wurde.

### *Die Wiederaufnahme im Heim - zwischen Heim und Psychiatrie*

Das UKE nahm Stefanie nur ungern auf, da keine weitere jugendpsychiatrische Interventions- bzw. Handlungsmöglichkeit gesehen wurde. Stefanie intensivierte daraufhin von sich aus die Kontakte zum Heim, da sie keine andere Unterbringung wünschte, sondern dorthin wollte, wo sie vertraute AnsprechpartnerInnen vorfand. Obwohl das UKE sehr viel Druck gemacht habe, daß eine möglichst schnelle Aufnahme erfolgen solle, habe die Aufnahme noch über einen Monat gedauert. Dies habe daran gelegen, daß genau in diesem Zeitraum ein erfolgreicher Suizid eines Mädchens in dem Heim erfolgt sei. Man habe in der Einrichtung zunächst diesen Schock überwinden müssen, bevor man sich erneut mit Stefanie und ihrer Problematik auseinandersetzen können. Obwohl von seiten der Leitung kein Druck gemacht worden sei, haben sich die MitarbeiterInnen dennoch sehr schnell bereiterklärt, sich der Problematik von Stefanie zu stellen. In dieser Zeit wurde in der Einrichtung ein Arbeitskreis »Heimerziehung/Psychiatrie« gegründet und begonnen, sich mit dem Problem »Suizid« auseinanderzusetzen. Dies habe sehr schnell dazu geführt, die Angstlähmung zu überwinden und sich der neuen Aufgabe stellen zu können.

Anders als bei der ersten Unterbringung kam Stefanie in eine normale Heimgruppe. Das Heim berichtet einen Monat nach der Aufnahme:

*»Stefanie lebt in einer Wohngruppe des Kinderheims, die alters- und geschlechts-gemischt strukturiert ist. Diese Gruppe ist sowohl während des Tages als auch während der Nachtzeiten betreut, so daß Stefanie auch nachts einen erwachsenen Ansprechpartner hat, der gerade in Phasen der Schlaflosigkeit und Angstvorstellung für sie erreichbar ist. Stefanie hat sich inzwischen sehr gut in ihrer Gruppe eingelebt. Sie hat sowohl zu den kleineren als auch zu den älteren Kindern ihrer Gruppe einen guten Zugang gefunden. ...*

*Stefanie geht mit ihrer Krankheit sehr offen um. Sie erzählt Erwachsenen sowie Kindern, welche Medikamente sie einnehmen muß und welche Therapiebedürfnisse sie hat. Diese Gespräche sind vor allem in den Phasen möglich, in denen es Stefanie gut geht. Wenn sie allerdings unter Angstvorstellungen leidet - diese Situationen sind vor allem abends und treten gehäuft nach Kontakten mit der Familie und den Therapiestunden im Michael-Balint-Institut auf - schafft sie es nicht oder nur sehr indirekt, ihr Bedürfnis nach einem engeren Kontakt zu verdeutlichen. ...*

*Insbesondere bei den direkten Ansprechpartnern ... waren verständlicherweise anfangs Ängste vorhanden, wie sie mit Stefanies Schnippelversuchen und Angstvorstellungen umgehen sollten. ...*

*Nach vier Wochen ging es Stefanie besonders schlecht. Sie zitterte an den Beinen, lag überwiegend im Bett und hatte Angstvorstellungen. In dieser Zeit kam es zu drei Krisensituationen. Zweimal hat sie sich durch Schnippeln mit einer Bleistiftspitzerklinge am Handgelenk verletzt. Der Anlaß beim ersten Mal war nach Stefanies Darstellung ein Kontakt mit der Mutter, der sie wieder sehr in quälende Gedanken über die Familie fallen ließ. Beim zweiten Schnippelversuch war für Stefanie die Angst ausschlaggebend, ob ihre Therapie im Michael-Balint-Institut durch Frau S. auch zukünftig fortgeführt wird. Diese Therapiestunden finden zur Zeit zweimal in der Woche statt und haben einen existentiellen Wert für Stefanie. Es entsteht fast der Eindruck, daß sie nur auf diese zwei Stunden in der Woche hinlebt. Stefanie hat in Gesprächen mit ihren ErzieherInnen immer wieder betont, daß ihr Leben keinen Sinn mehr hat und sie sich aufhängen wird, wenn diese Therapie abgebrochen wird. ... In beiden Krisensituationen hatte Stefanie Angstvisionen und fühlte sich von Menschen verfolgt, hörte Stimmen und sah Wände wackeln. Sie konnte mit der jeweiligen Erzieherin sprechen und ihre Vorstellungen erklären. Die Erzieherinnen hatten nach den sehr langen Gesprächen den Eindruck, daß Stefanie sich merklich entspannte, nicht mehr zitterte und einschlafen konnte. Außerdem hat sie nach dem zweiten Schnippeln die noch im Zimmer vorhandenen Bleistiftspitzerklingen und Scheren abgegeben, 'an denen ich sonst nicht vorbeigehen kann'.« (aus: Bericht des Heimes, 1986).*

Die dritte Krisensituation bestand darin, daß Stefanie die doppelte Menge ihrer Abendtabletten eingenommen hatte und eine Nacht zur medizinischen Beobachtung ins Krankenhaus eingeliefert wurde.

Zwei Monate nach der Heimaufnahme kam es zu einer erneuten Krisenspitze, indem Stefanie - nachdem ihre Therapeutin des Michael-Balint-Institutes ihr erklärt hatte, die Therapie zu beenden - eine erhebliche Menge Schlaftabletten geschluckt hatte. Stefanie hatte aus der Stadt eine Mitarbeiterin des Heimes angerufen, die sie in ein Krankenhaus brachte, wo ihr der Magen ausgespült wurde. Auch nach der Aufklärung des Arztes, daß die von ihr geschluckte Dosis tödlich gewesen wäre, äußerte Stefanie weitere Suizidabsichten. Daraufhin wurde sie ins AK Ochsenzoll eingeliefert. Dort blieb

sie etwa vier Monate bis sie ins Heim zurückkehrte. Nach drei Monaten spitzte sich die Situation im Heim erneut so zu, daß Stefanie - diesmal für zweieinhalb Monate - ins AKO zwangseingewiesen wurde.

► S.: ... Und dann bin ich wohl ganz durchgedreht und dann habe ich die Dinger halt geschluckt.

*... mit einem Mal hast du dich dann in der geschlossenen Erwachsenenpsychiatrie wiedergefunden. Das ist ja schon ein Schritt (von der Jugendpsychiatrie) ...*

S.: Bei der ersten AKO-Aufnahme stand ich so unter Medikamenten, daß ich gar nicht alles begriffen habe, was da abläuft. Also, da haben sie mir wirklich ziemlich viel gegeben.

*Ja, und die Medikamente, die du geschluckt hast, haben ja sicher auch noch ihre Wirkung getan.*

S.: Ja, aber die haben sie mir dann aber geklaut - den Magen ausgepumpt.

*Sicher nicht so angenehm.*

S.: Ach, man gewöhnt sich an das Gefühl ... Nee, ist erst zweimal vorgekommen.

...

*Haben die Kollegen im Heim denn mitgekriegt, wie du in deine persönlichen Krisen gestürzt bist?*

S.: Ja, das schon.

*Haben die denn versucht, etwas zu unternehmen, dich zu unterstützen, daß das auch anders gehen kann?*

S.: Ja, die sind auch bei Arztbesuchen mitgekommen oder so.

*War es dir immer völlig klar, daß du in das Heim zurückgehen kannst, oder war dir das völlig egal?*

S.: Ja, das weiß ich nicht mehr. ... Als ich dann in Haus 39 war, da hatte ich auch ab und zu Wochenendurlaub.

*Aber es war für dich klar, daß, wenn du hier (AKO) entlassen wirst, du in das Heim zurückkehren kannst?*

S.: Ja. ◀

Da sich das UKE unter Hinweis auf Überbelegung nicht in der Lage gesehen hatte, Stefanie aufzunehmen, wurde sie im Alter von 17,5 Jahren erstmalig Patientin der Erwachsenenpsychiatrie, die damit auch zur »Ansprecheinrichtung« für das Heim wurde. Für Stefanie und ihre BetreuerInnen war es ein besonderes Problem, daß das AKO als Erwachsenenpsychiatrie so gut wie kein Bewußtsein über die Notwendigkeit der Kooperation mit Jugendhilfeeinrichtungen ausgebildet hatte.

*»Im AKO habe ich die Erfahrung gemacht, daß das eine Psychiatrie ist, die offensichtlich nur die Behandlung von erwachsenen Patienten im Auge hat. Es gab kein Interesse der Ärzte - auch jetzt im Nachhinein - mit uns zusammenzuarbeiten. Es wurde uns häufig das Gefühl vermittelt, daß wir lästige Hinterfrager sind, die damit eigentlich nur an der Kompetenz des Arztes kratzen. Und daß auf der Gegenseite überhaupt kein Interesse daran besteht zu hören, aufgrund welcher Erfahrungen Stefanie nun überhaupt ins AKO gekommen ist. Stefanie war ja mehrfach im AKO und ich habe immer die Erfahrung gemacht, daß Stefanie nach jeder Einweisung in einer anderen Station war, d.h. es war auch nicht möglich, mit einem Arzt Kontakt aufzubauen, der möglicherweise dann auch Kontinuität gehabt hätte und stärkeres Verständnis ermöglicht hätte. Jede Station hat mit einem neuen Ansatz begonnen, ohne offensichtlich sich miteinander abzustimmen. Und jeder Arzt hat auch eine andere inhaltliche Definition gehabt, sowohl von der Diagnose des Krankheitsbildes her, die sich also teilweise*

*gegenseitig voneinander abgegrenzt haben oder ausgeschlossen haben, bis hin zur Medikation, bis hin zur Auskunft an Stefanie, wann sie denn nun entlassen wird. ...*

*Wir haben Stefanie auch während ihres Aufenthaltes im AKO regelmäßig besucht, sowohl die Mitarbeiter der Gruppe als auch ich. Man kann nach wie vor sagen - der letzte Eindruck war vor 14 Tagen -, daß offensichtlich in Ochsenzoll wenig Interesse an Jugendlichen besteht. ... Und auch wenig die Entwicklungssichtweise wahrgenommen wird und stärker behandlungsorientiert gedacht wird. Und da holen sie sich wenig Informationen von der Vorgeschichte. ...*

*Abgesehen davon ist es so, und das ist ein gravierender Unterschied zum UKE, daß an Tagesablauf wenig lief, außer Liegen in Betten und sehr massiver Behandlung mit Medikamenten - also, sie wurde ruhiggestellt und teilweise auch festgeschnallt, damit sie nicht rumagieren konnte. Ich denke, es wurde ihr wenig inhaltlich erklärt, also, es gab Visiten, aber es gab keine inhaltlichen Gespräche mehr, wie sie es im UKE erlebt hat und wie sie es sicher auch genossen hat. Es gab auch wenig inhaltliche Auseinandersetzung oder Veränderung, je nach Zustand, sondern es war im Prinzip eine pflegerische Versorgung und mehr nicht. ...*

*Wir haben dann eingeklagt, daß wir Stefanie betreuen, und daß sie selbstverständlich zu uns zurückkommt und daß wir wissen wollten, wie es ihr geht, wo es also heftigste Kompetenzschwierigkeiten gab zwischen den Ärzten, die sich immer angegriffen fühlten, und uns, die wir sie eigentlich nicht angreifen wollten, aber Klarheit haben wollten und uns nicht mit pauschalen Antworten zufrieden gegeben haben. Dies ging hin bis zu der Verweigerung, Planungen zur Entlassungsvorbereitung überhaupt mit zu betreiben.« (Interview Mitarbeiterin)*

### *Die Tagesklinik*

Nach der Entlassung aus dem AKO gelingt es der Einrichtung, für Stefanie einen Platz in einer psychiatrischen Tagesklinik zu bekommen, wo die Behandlung weitergeführt wird. Stefanie steht diesem Angebot zunächst eher ablehnend gegenüber, ist dann aber doch bereit, vom Heim aus die Tagesklinik zu besuchen. Diese Behandlung dauert ein Jahr. Die Tagesklinik hat zunächst den positiven Effekt - im Gegensatz zum tatenlosen Alltag im AKO - einen strukturierten Tagesablauf für Stefanie anzubieten. Außerdem wird Stefanie an der Gestaltung der psychiatrischen und medikamentösen Behandlung beteiligt. Es seien nicht nur Medikamente verordnet worden, sondern sehr stark inhaltlich gemeinsam mit dem Mädchen überlegt worden, was sie für Medikamente braucht. In dieser Zeit habe Stefanie gelernt, ganz bewußt mit Medikamenten umzugehen. Dieses habe sehr gut funktioniert.

Außerdem habe es eine exzellente Zusammenarbeit zwischen der Tagesklinik und dem Heim gegeben. Neben wöchentlichem gemeinsamem Informationsaustausch habe die Tagesklinik es verstanden, den WohngruppenmitarbeiterInnen zu übermitteln, wie es Stefanie ging und wie man die Wochenenden in Krisensituationen überbrücken könnte. Die Verantwortung in dieser Zeit sei deutlich gemeinsam von der Tagesklinik und vom Heim getragen worden, wobei Stefanie selbst zunehmend in die Verantwortung für ihre eigene Lebensgestaltung/Krankheitsbehandlung einbezogen gewesen wäre. Für Stefanie sei die Tagesklinik ein großer Schritt nach vorne gewesen, da sie zunehmend gelernt habe, außerhalb des strukturierten, aber öden und langweiligen Klinikalltags bestimmte Teile ihres Lebens wieder selbst in die Hand zu nehmen. Die gleichzeitige Unterstüt-

zung des Mädchens und Beratung des Teams habe insgesamt eine gute und kooperative Atmosphäre geschaffen, die das Mädchen sehr nach vorne gebracht habe. Diese Zeit sei allerdings nicht frei gewesen von vielen Auseinandersetzungen sowohl verbaler als auch körperlicher Art. Aber es sei eine Zeit gewesen, in der große Hoffnungen bestanden hätten, in kleinen, aber aufbauenden Schritten eine langfristige Perspektive für Stefanie zu entwerfen.

► *Wer ist auf die Idee gekommen, daß du in die Tagesklinik gehst? Erzähl doch mal ein bißchen dazu.*

S.: Ja, da läuft das alles eher therapiemäßig ab.

*Und du fandst das von vornherein gut?*

S.: Nee, zu Anfang nicht, aber dann ja.

*Und dann bist du einfach dahin marschiert...*

S.: Ja, um halb neun fängt das halt an. Und dann wird Kaffee getrunken bis neun. Und dann ist Gymnastik bis um halb zehn. Dann kann man eine rauchen. Dann fangen um viertel vor zehn die Gruppen an, von Gestaltung über KWT (Konstruktives Bewegungstraining), da macht man etwas mit Bewegung und Bällen oder Seilen oder man muß sich auf Steine stellen und beschreiben, wie das ist oder so was.

*Hat das Spaß gemacht?*

S.: Ja, schon. Und dann gab es noch eine Kochgruppe, in der ich aber nicht war. Also, hauptsächlich saß ich da und habe Kaffee getrunken. Und dann gab es noch eine Gesprächsgruppe. Die schlimmste Zeit war dann halt immer von zwölf bis zwei, weil da gar nichts war. (Jetzt folgt noch eine kurze Schilderung, was nachmittags gemacht wurde, z.B. Ausflüge.)

*Du hast in der Zeit immer noch Medikamente gekriegt?*

S.: Ja.

*Medikamente bekommst du eigentlich seit deiner ersten Einweisung ins UKE?*

S.: Ja.

...

*Hast du in der Zeit, als du in der Tagesklinik warst, auch häufiger Selbstmordgedanken gehabt?*

S.: Och, Selbstmordgedanken habe ich eigentlich ziemlich oft.

*Und wie bist du da immer wieder rausgekommen.*

S.: Ach, ich habe mir auch schon ziemlich derbe Schnitte im Handgelenk zugefügt, die auch genäht werden mußten. ◀

### *Ein Jahr ohne Klinik - erneute Krise*

Nach etwa einem Jahr wurde Stefanie aus der Tagesklinik entlassen. Sie lebt in der Heimgruppe. Immer wieder auftretende von psychotischen Wahrnehmungen begleitete krisenhafte Phasen können gemeinsam mit ihr (unter Hinzuziehung eines niedergelassenen Psychiaters) durchgestanden werden. Auf eigenes Drängen zieht Stefanie etwa ein dreiviertel Jahr nach Entlassung aus der Tagesklinik in eine Jugendwohnung. Sie ist inzwischen 20 Jahre. Voraussetzung für das Wohnen in einer Jugendwohnung ist ein gehobenes Maß an Eigenverantwortung und Selbständigkeit. Nachts und an Wochenenden gibt es betreuungsfreie Zeiten (Rufbereitschaften). Von den ErzieherInnen der Einrichtung wird dieser Entschluß von Stefanie mit »gemischten Gefühlen« begleitet,

da man Zweifel hat, ob Stefanie in der Lage ist, Hilfe zu holen, wenn es ihr schlecht geht. Da es jedoch aufgrund der Volljährigkeit des Mädchens nicht möglich gewesen wäre, Stefanie weiter in der Heimgruppe gegen ihren ausdrücklichen Wunsch zu behalten und da Stefanie angekündigt hatte, sich anderenfalls eine eigene Wohnung zu suchen, erklärte sich das Team einverstanden, Stefanie in die Jugendwohnung umziehen zu lassen.

*»Bald nach dem Umzug fangen Schwierigkeiten für Stefanie mit der neuen Wohnform an. Stefanie äußert ihre Ängste vor einer erneuten Krise und vorm Alleinsein. Sie spricht vermehrt von psychotischen Wahrnehmungen, von Stimmen hören, auch von Suizidgedanken. Stefanie hat in den darauffolgenden Wochen vermehrt Blickkrämpfe, so daß eine Zeitlang jede Nacht der Notarzt gerufen wird. Es entsteht bei mir aber auch der Eindruck, daß Stefanie sich über diesen Weg zusätzlich Zuwendung holen will. Es geht ihr dann schlechter, wenn ich sie verlassen will. Stefanie ist der Meinung, daß sie teilweise die Blickkrämpfe herbeiführt, um über diesen Weg ein Medikament zu bekommen, welches sie in einen rauschähnlichen Zustand versetzt. Stefanie geht für eine Woche für einen Entzug ins AKO. Nach diesem Aufenthalt wird Stefanie auf ein anderes Medikament umgestellt. ... Stefanie ist nicht bereit zu akzeptieren, daß sie derzeit zur Erleichterung und zur Hilfe für ihr Leben nicht auf Medikamente verzichten kann. Sie nimmt die Medikamente sporadisch, aber nicht regelmäßig ein. In vielen Gesprächen äußert Stefanie vermehrt, daß sie die Verantwortung für sich am liebsten ganz abgeben will. Die Frage einer Aufnahme in eine Klinik wird immer präsenter, zumal ihr Nervenarzt ihr auch dazu rät.*

*...Auf der anderen Seite entwickelt Stefanie in diesem beschriebenen Zeitraum viele Aktivitäten, die ihre Zukunftsperspektive betreffen.« (Es wird beschrieben, wie sie verschiedene Praktika organisiert und an verschiedenen Selbsthilfeaktivitäten verschiedener Gruppen teilnimmt bzw. hierzu Kontakt aufnimmt.) (Heimbericht 1989)* Etwa drei Monate nach dem Umzug in die Jugendwohnung begeht Stefanie einen ernsthaften Suizidversuch, bei dem sie nur durch Zufall von einem Mitbewohner entdeckt wird. Sie wird erneut ins AKO eingewiesen, wo sie fast ein Jahr bleibt.

► S.: Ich war auch noch mal irgendwann in der Tagesklinik und sollte auf Lepomex umgestellt werden. Und das ist so ein Teufelszeug, da kriegt man den totalen Speichelfluß von. Und egal, was ich gesagt habe, mir lief das immer alles aus dem Mund raus. Und das fand ich denn auch total widerlich. Auch wenn man geschlafen hat, war auf dem ganzen Kopfkissen ein See drauf. Und das hab ich dann von mir aus abgesetzt, dieses Lepomex und das dann immer fleißig in so eine Schublade bei mir geknallt und (Name eines anderen Mittels) hab ich dann auch noch gekriegt, und die hab ich dann ab und zu genommen. - Und dann irgendwann, na, 200 Tabletten werde ich zusammen gehabt haben, da habe ich sie alle auf einmal geschluckt. ... Da wäre ich beinah draufgegangen. ... Das war das ernsteste, was ich überhaupt gemacht habe. Da hatte ich überhaupt keinen Bock mehr.

*Bist du eingeschlafen von dem Zeug oder wie?*

S.: Ich habe nicht mal mehr mitgekriegt, daß ich die letzte Tablette geschluckt habe. Auf einmal war ich weg. Ich habe nichts geschnallt. ... Ich hab mir noch 'ne Zigarette gedreht. Ich kann mich nicht daran erinnern, daß ich sie überhaupt ausgemacht habe, und habe die dabei geraucht und eine ganz große Kanne Saft davorgestellt und da lag der Haufen Tabletten ... Und die Tabletten sind ja auch nicht groß. Die kriegt man ja auch schnell runter.



*Hattest du vor diesem Knaller-Selbstmordversuch auch Versuche gemacht, dich umzubringen? Wußten die Mitarbeiter in der Gruppe, daß es so hart um dich steht? Oder kam es aus heiterem Himmel?*

S.: Da kann ich mich nicht mehr dran erinnern.

*Kam es für dich aus heiterem Himmel?*

S.: Nein, für mich kam es nicht aus heiterem Himmel. Ich habe das mit den Tabletten eiskalt geplant.

*Und warum? Weißt du das noch?*

S.: Ich weiß nur noch, daß es mir ziemlich schlecht ging. Meine Oma ist gestorben ...

(Auf mein Nachfragen, ob das Heim oder die MitarbeiterInnen im Heim etwas hätten tun können, um die Krise von Stefanie abzuwenden, antwortet Stefanie, daß es ein Problem in den Heimen sei, daß zu den Zeitpunkten, wo man jemanden brauche, die ErzieherInnen häufig auch mit anderen Kindern und Jugendlichen zu tun hätten. Es sei halt nicht möglich, daß genau zu der Sekunde jemand immer da sei, zu der man ihn brauche. Stefanie bezeichnet ihre Betreuerin in der Wohngruppe als ganz gut und sagt, daß sie mit ihr sehr gut zurechtgekommen sei. Auf die Nachfrage, was denn vom Heim hätte anders/besser laufen können, sagt Stefanie:)

S.: Ich weiß nicht, was man da hätte machen können. Ich würde jetzt gerne etwas sagen, was vielleicht anderen, denen es vielleicht mal so gehen könnte wie mir - sie vor so einem Berg von Tabletten sitzen - und sagen: Was mach ich jetzt? Da überleg ich jetzt auch, was könnte man da sagen, die davon abzuhalten. Oder irgendwas total Schlaues sagen, damit die das dann nicht tun. Aber dazu fällt mir einfach nichts ein.

...

Ich wollte ja in die Jugendwohnung. Und dafür mußte ich schon reichlich kämpfen, daß ich überhaupt dorthin kommen konnte.

*Und du sagst nicht, die anderen sind irgendwie mit schuld?*

S.: Nein, das war ganz allein mein Ding. Ich hatte keinen Bock mehr.

*Hast du noch in Erinnerung, wo du aufgewacht bist?*

S.: Also, ich nehme an, daß sie mich dann ins AK Harburg gefahren haben. Da habe ich irgendwie nach oben geguckt, habe da etwas weißes gesehen, und wurde dann gefragt: Gehen sie freiwillig ins AKO? Ich konnte auch nicht sprechen, weil ich irgendwie gelähmt war und habe da etwas gemurmelt (Kopfschütteln). Und er: Dann weise ich sie zwangs ein. Und dann war er wieder weg. ◀

### *Die Beendigung des Heimaufenthaltes*

Stefanie verbringt fast ein Jahr im AKO. Die Zeit dort ist geprägt von massiven Konflikten und Krisen, in deren Rahmen Stefanie sowohl schnippelt oder Suizidversuche begeht, als auch eine Ärztin, von der sie sich sehr enttäuscht fühlt, bedroht. Zeitweise wird Stefanie geschlossen untergebracht, z.T. sogar ans Bett fixiert.

► *... bist du da geschlossen untergebracht gewesen?*

S.: Sehr geschlossen sogar. Mich trennten von der Freiheit ... Moment ... eins, zwei, drei, vier, fünf Türen trennten mich von der Freiheit.

*Warst du gefährlich für die anderen oder für dich?*

S.: Das weiß ich gar nicht.

*Hättest du dich umgebracht, wenn du hättest können?*

S.: Wenn ich etwas dagehört hätte, womit ich es hundertprozentig hätte machen können, hätte ich das gemacht.

*Kann man jemanden durch Einsperren davon abhalten, sich umzubringen?*

S.: Ich habe auch immer so mit den Händen und mit dem Kopf gegen die Wand geschlagen - irgendwie so aus Wut, hat aber irgendwie nichts gebracht. Ich mein, was soll das?

*Und wie bist du dann wieder auf die offene Station gekommen?*

S.: Ja, ein paar Monate später. (Stefanie berichtet, daß eine Ärztin aus dem Urlaub zurückgekommen ist und sich dafür eingesetzt hat, daß Stefanie auf eine offene Station kommt.)

*Hattest du in der Zeit keine Angst, daß du auf einer geschlossenen Station versauerst?*

...

S.: Nee, die Angst hatte ich bisher noch nicht. Aber die werde ich jetzt wohl haben.

(Das Interview fand auf der geschlossenen Aufnahmestation des AKO statt. R.S.)

Die Fachkräfte des Heimes bemühten sich während der ganzen Zeit gemeinsam mit Stefanie eine Perspektive außerhalb der Klinik für Stefanie aufzubauen. Eine Beurlaubung aus dem AKO nach etwa 6 Monaten in die Jugendwohnung führte dazu, daß Stefanie bereits am Entlassungstag den Notarzt zu Hilfe rief und ins AKO zurück eingewiesen wurde.

*»In einem gemeinsamen Gespräch mußten wir feststellen, daß Stefanie keine Möglichkeit hatte, konstruktiv mitzuarbeiten, für sich dort in der Wohngruppe Verantwortung zu tragen oder sich zumindest an Absprachen zu halten. Der Rahmen, den wir bieten können, reichte Stefanie nicht aus. Sie fühlte sich dort verlassen und einsam, ihr fehlte eine Strukturierung des Alltags und sie sehnte sich nach einem geschützten Ort.*

*Hierauf fand ein gemeinsames Gespräch mit der Tagesklinik, mit dem zuständigen Neurologen, statt. In diesem Gespräch wurde mit größter Überzeugungskraft Stefanie dazu bewegt, freiwillig in den Schutzraum AKO zurückzugehen. Für eine Zwangseinweisung lag kein Grund vor. Stefanie kam erfreulicherweise auf die gleiche Station wie zuvor. Da diese schwere Entscheidung für Stefanie auch eine Trennung vom Heim bedeutete, reagierte sie darauf mit Selbstverletzungen und mit mehreren Suizidversuchen. Es war vorerst nicht möglich, über ihre Wut auf uns oder über ihre Trauer über diese Trennung zu sprechen.*

*In den Monaten darauf fanden mehrere Gespräche hinsichtlich einer betreuten Form des Wohnens statt. Stefanie sah sich Einrichtungen an und entschied sich dann für ein Wohnhaus für psychisch Kranke. Wir unterstützen diese Entscheidung. Auch wenn es dort nachts, also der schwierigsten Zeit für Stefanie, nur eine Rufbereitschaft gibt, so besteht ein wesentlicher Unterschied zu unserer Betreuungsform darin, daß es dort einen geregelten, strukturierten Tagesablauf geben soll.« (aus: Heimbericht 1989)*

Das größte Problem bei der gefundenen Einrichtung sei jedoch gewesen, daß in der Einrichtung keine Betreuung während der Nacht stattgefunden habe, wo man doch wisse, daß gerade die hier Lebenden häufig Angstgefühle gerade während der Nacht entwickeln würden. Außerdem sei zu bemängeln gewesen, daß es dort einige sehr rigide »Rauschmißgründe« gegeben habe. Hierzu hätten gehört Drogenkonsum, körperliche

Auseinandersetzung zwischen den BewohnerInnen und aufsässiges Verhalten. Solche Ausschlußkriterien könne man nur als sehr naiv bezeichnen. Es sei nur eine Frage der Zeit gewesen, bis Stefanie selbst diesen Rahmen verlassen hätte oder aber hinausgeworfen wurde.

Nach ein paar Monaten des Aufenthaltes wurde Stefanie tatsächlich innerhalb von zwei Stunden aus der Einrichtung hinausgeworfen. Nach eigenen Angaben und nach Einschätzung der befragten Betreuerin hat sie dies durchaus selbst provoziert. Die Folge war, daß sie in die unmittelbare Obdachlosigkeit entlassen wurde. In dieser Situation zog Stefanie zu ihrer Mutter in die Wohnung. Nachdem sie kurze Zeit mit ihrer Mutter zusammengelebt hatte, fand die Mutter eine neue Wohnung und Stefanie übernahm die alte Wohnung.

Da sie das Alleinleben kaum aushielt, begab sie sich erneut freiwillig in die Behandlung des AKO, wurde dort nach wenigen Tagen wieder entlassen, begab sich aber kurz darauf erneut in Behandlung. (Zu diesem Zeitpunkt fand das Interview mit Stefanie in der Klinik statt.)

### *Perspektive*

Stefanie ist zum Zeitpunkt des Interviews nicht in der Lage, eine auch nur kurzfristige Perspektive (für die nächsten Wochen) für sich zu benennen. Die Heimerziehung ist für sie ein abgeschlossenes Kapitel. Andererseits ist es ihr ziemlich bedrohlich, alleine in ihrer Wohnung leben zu müssen. Sie schwankt in ihren Äußerungen bezüglich ihrer Perspektive zwischen einem langfristigen Aufenthalt im AKO (von dem sie allerdings dann einschränkend annimmt, daß sie diesen nicht durchhalten wird und sich wieder selbst entlassen wird) einerseits und andererseits hat sie die Phantasie, daß sie , wenn sie jetzt entlassen wird, endlich den Selbstmordversuch landen müsse, der »sitzt«, damit sie nicht bei einer dann wieder erfolgenden Zwangseinweisung langfristig geschlossen untergebracht wird. Die Tatsache, daß sie zur Zeit freiwillig im AKO ist (auch wenn ihr täglicher Ausgang aus der Station auf eine Stunde in Begleitung zusammengestrichen worden ist), enthält für Stefanie zur Zeit noch die Option, auf eigenen Wunsch die Klinik zu verlassen. Sie fürchtet jedoch, daß sie nach erneuten Selbstmordversuchen auf richterlichen Beschluß zwangsweise geschlossen untergebracht wird und daß sie dann diese Option verliert. Weder ein Langzeitaufenthalt in der Klinik noch ein Leben außerhalb der Klinik (und dann noch allein in einer Wohnung) stellt für sie eine verlockende Zukunftsorientierung dar.)

Das Heim sieht sich angesichts der gemeinsamen Geschichte mit Stefanie weiterhin in der Verantwortung für die inzwischen 22jährige junge Frau. Man habe bereits überlegt, für Stefanie einen eigenen Wohnraum und eine mindestens 20 Wochenstunden umfassende, flexible Betreuung einzurichten, wobei eine Auflage wäre, daß sie parallel hierzu die Tagesklinik besucht. Dieses sei das einzig positive Angebot, das man Stefanie zur Zeit machen könne. Eine Finanzierung durch das Amt für Rehabilitation wird für möglich gehalten. Wichtig sei jedoch, daß Stefanie selbst nun die ersten Schritte unternehme, dieses Lösungsangebot zu realisieren. Die Zusammenarbeit mit Stefanie müsse angesichts des Alters der jungen Frau auf neue Füße gestellt werden. Es müsse deutlich gemacht werden, daß nunmehr Stefanie selbst die Verantwortung für die Inanspruchnahme verschiedener Hilfsmöglichkeiten habe und daß ihr die Hilfen nicht mehr nachgetragen werden (können). Da Stefanie nicht mehr in eine Einrichtung für

seelisch behinderte oder psychisch kranke Menschen will, hat sie zur Zeit realistischerweise nur die Wahl, in der Klinik zu bleiben (was damit verbunden wäre, daß sie ständig weiter massive Symptome produzieren müßte), oder ernsthaft auf das Angebot des Heimes einzugehen.

## 6.2 Peter

### *Chronologie*

- 1969 Peter wird als zweites von drei Kindern geboren (älterer Bruder, jüngere Schwester)
- 1972 Ausscheiden aus dem Kindergarten wegen »stark aggressiven Verhaltens«
- 1974 Kurverschickung nach Wyk auf Föhr (nach 3 Wochen vorzeitig abgebrochen)  
Halbtagspflege für vier Monate, dann zwei Monate Ganztagspflege  
Kindertagesheim für drei Monate, aufgrund Peters »Aggressivität« wird eine zusätzliche Gruppenerzieherin bereitgestellt.
- 1975 Langzeitkur in Lüneburg (nach drei Wochen vorzeitig abgebrochen)  
jugendpsychiatrische Abteilung des AK Heidberg (neun Monate)  
Aufnahme in ein heilpädagogisches Kinderheim in Niedersachsen
- 1981 Entlassung aus dem Heim, Rückkehr in die Familie (in den Folgejahren mehrfache Schulwechsel)
- 1983 Beginn einer zweijährigen familientherapeutischen Behandlung im psychologischen Institut der Universität Hamburg
- 1984 dreimonatige therapeutische Kur im Jugendheim Vossloch
- 1985 Aufnahme im Kinder- und Jugendnotdienst  
Aufnahme in einer Jugendwohnung eines Hamburger Heimes (heftigste Konflikte - Überforderung der MitarbeiterInnen)  
erste Krisensitzungen im Amt für Jugend
- 1986 pädagogische Einzelmaßnahmen mit Peter in verschiedenen Settings (u.a. 6wöchige Reise nach Spanien)
- 1986 Einrichtung einer 'Sondergruppe' (2 Jugendliche, 2 Betreuer)
- 1987 Mit Erreichen der Volljährigkeit zieht Peter in eine eigene Wohnung. Eine neue Betreuerin setzt die Arbeit im Rahmen der flexiblen Betreuung weiter fort.
- 1989 Verlust der ersten Wohnung (Kündigung) - Umzug in eine andere Wohnung

### *Vorschulalter - der Weg in die Jugendpsychiatrie*

Peter lebt mit seinen beiden Geschwistern bei seinen Eltern, als er mit drei Jahren in einen kirchlichen Kindergarten gegeben wird. Aufgrund seines »stark aggressiven Verhaltens« halten ihn die KindergärtnerInnen für nicht tragbar und er muß dort wieder ausscheiden. Das größte Problem in der Familie ist, daß Peter seine Geschwister (der ältere Bruder ist leicht geistig behindert) derartig quält, »daß diese vor Weinen und Schreien oft ganz naß am Körper sind« (Antrag auf Aufnahme in öffentliche Erziehung, 1975). Seine Mutter, die sich fast ausschließlich allein um die Erziehung der Kinder kümmert, ist am Ende ihrer Kräfte und nimmt Kontakt mit dem Amt für soziale Dienste auf, als Peter 5 Jahre alt ist. Da es nicht gelingt, einen Kindergartenplatz für

Peter zu bekommen, wird eine Kurverschickung nach Wyk auf Föhr in die Wege geleitet. Nach drei Wochen wird er jedoch vorzeitig zurückgeschickt. Der Kurbericht vermerkt:

*»Am Strand schlug er häufig andere Kinder der Gruppe ohne Grund mit der Schaufel, im Waschraum füllte er die Zahnputzbecher mit Wasser und begoß die Kinder und Erwachsenen damit. Er biß andere so, daß man noch nach Tagen die blauen Flecken sehen konnte. Außerdem ärgerte er beim Spiel immer die anderen, indem er ihnen das Spielzeug wegnahm. Er fand keinen anderen Kontakt zur Gruppe und konnte sich in keiner Weise anpassen. Beim Spaziergehen warf er sich plötzlich auf die Straße, krabbelte auf allen vieren und begann die Straße abzulecken oder Sand und Gras zu essen. Er reagierte auch nicht, wenn man ihn ermahnte. Er fing an zu schlagen und laut zu schreien oder lachte den Erwachsenen aus. Peter benötigte fast stets einen Erwachsenen allein für seine Betreuung.« (Kurbericht 1974)*

Wieder zu Hause dreht Peter eher weiter auf. Die Mutter steht unter extremen Spannungen und versucht *»dauernd zwischen den Kindern zu sein und das Schlimmste zu verhindern«*. (Antrag auf öffentliche Erziehung, 1975)

Es wird angestrebt, Peter in eine therapeutische Langzeitkur nach Lüneburg zu schicken. Zur Überbrückung bis zum Beginn dieser Kur wird eine Pflegemutter gefunden, die Peter zunächst (4 Monate) halbtags und dann (2 Monate) ganztags betreut.

*»Peter war in der Pflegefamilie der Älteste von zwei jüngeren Pflegekindern. In der ersten Zeit zeigte er langanhaltende Schrei- und Wutanfälle, er warf sich auf die Erde und ließ sich durch nichts beeinflussen. Die Pflegemutter verstand es recht geschickt, ihm aus dieser Situation zu helfen. Er konnte sich dann auch nach einiger Zeit beruhigen und ihr still zuhören. - In seinem gesamten Verhalten fiel er in die kleinkindhafte Entwicklungsphase zurück. Er soll die Pflegemutter nicht aus den Augen gelassen haben, am liebsten schmiegte er sich an sie oder legte seinen Kopf in ihren Schoß. Erst sehr viel später erfuhr ich, daß er in der Pflegestelle wieder begonnen habe, erheblich einzunässen und einzukoten.« (AS-Bericht, 1975)*

Da es Spannungen zwischen Pflegemutter und leiblicher Mutter gibt, wird das Pflegeverhältnis von Peters Mutter beendet. Peter bekommt für drei Monate - bis zum Beginn der Kur in Lüneburg - einen Platz in einer Kindertagesstätte. Aufgrund der massiven Aggressivität von Peter gegenüber anderen Kindern und Einrichtungsgegenständen wird eine zusätzliche Erzieherin für Peters Gruppe abgestellt. Nur weil die Zeit auf 3 Monate befristet ist, erklärt sich die Einrichtung überhaupt bereit, Peter zu betreuen. Darüber hinaus bekommt Peter in dieser Zeit erstmals beruhigende Medikamente.

Die auf ein Vierteljahr angelegte Kurverschickung nach Lüneburg dauert ebenfalls nur drei Wochen, dann wird Peter zurückgeschickt. Der Kurbericht vermerkt:

*»Große Eingewöhnungsschwierigkeiten und auch in der Folgezeit keine Anpassungsverbesserungen. Blieb durch sein Verhalten isoliert und benötigte ständige Einzelzuwendungen. Bei Anwesenheit anderer Kinder unwillkürliches kratzen, beißen und plötzlich einschießende Aggressivität. Bei Spaziergängen in der Gruppe »blitzartiges« Davonlaufen, so daß gefährliche Situationen entstanden, (z.B. auf die Straße laufen, auf die Bahngleise laufen, im hiesigen Kurpark einen fremden Mann in den Bauch boxen ...) Es handelt sich bei Peter um ein isoliertes, im seelischen Bereich extrem reifungsverzögertes Kind ... Für die Schwere des Gesamtzustandes und damit als Begründung für die u.E. dringend notwendige langfristige psychotherapeutische Hilfe für das Kind*

*(Spieltherapie in Einzelsituationen) werden das triebgesteuerte Beißen, das fast tägliche Einkoten, das oben erwähnte Erdeessen und das nächtliche an die Wand klopfen angeführt.« (Kurbericht, 1975)*

Nur einen Monat bleibt er zu Hause. Es wird angestrebt, daß er in stationäre Behandlung in die psychosomatische Abteilung Rothenburgsort soll. Dort kann/soll er jedoch nicht sofort hin, da sein Bruder zur gleichen Zeit dort stationär behandelt wird. Als »Interimslösung« findet Peter Aufnahme in der jugendpsychiatrischen Abteilung im AK Heidberg. Diese »Interimslösung« dehnt sich auf neun Monate aus, bevor Peter von dort in ein heilpädagogisches Kinderheim nach Niedersachsen verlegt wird.

Der jugendpsychiatrische Bericht vermerkt unter der Überschrift »Beobachtungen und Befunde«:

*»Die internistische und grob neurologische Untersuchung war ohne pathologische Befunde. Er zeigte überwiegend kleinkindhaftes Verhalten. Er forderte sofortige Erfüllung seiner Wünsche, anderenfalls reagierte er mit anhaltenden Schrei- und Wutanfällen. Er zeigte eine massiv gestörte Kontaktaufnahme gegenüber anderen Kindern und biß Erwachsene und Kinder anfangs extrem. Er spielte aggressiv und wenig ausdauernd aber einfallsreich. Er schaukelte viel und besang dabei seine aktuelle Problematik. Peter war nicht gruppenfähig und lief viel unruhig umher. Er zeigte ein auffälliges Interesse für alles, was mit Feuer zu tun hatte. Er kotete und näßte mehrmals täglich ein. Er zeigte eine Scheu, von anderen Kindern angesehen zu werden und ließ sich sehr leicht provozieren. Deshalb gaben wir Peter täglich 30 mg (Name einer Medizin) und eine Tablette (Name einer Medizin) zur Sedierung. Von Anfang an auffallend war seine gute Beobachtungsgabe und Merkfähigkeit. ... Während des stationären Aufenthaltes wurde mit Peter eine Einzelspieltherapie angefangen. [Hier Beschreibung der Spieltherapie mit Puppen usw.] Das Einnässen und Einkoten tagsüber versuchten wir verhaltenstherapeutisch mit Sternchenkalender anzugehen. Dabei hatten wir nur wenig Erfolg. Es ist daraus zu erkennen, daß Peter noch nicht bereit ist, auf diese primitive Bedürfnisbefriedigung zu verzichten. Andererseits setzte Peter, besonders in der letzten Zeit, diese Symptome gezielt ein, um die Zuwendung der Erwachsenen zu erzwingen. ...*

*Zusammenfassend läßt sich aufgrund der stationären Beobachtung folgendes sagen: Es findet sich kein Hinweis auf das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung. Die Tests psychologischer Untersuchungen zeigen, daß sein intellektuelles Leistungsniveau im Durchschnittsbereich liegt. Peter zeigt jedoch im psychosozialen Bereich erhebliche Störungen, die sich besonders in seiner pathologischen, vorwiegend aggressiv gefärbten Kontaktaufnahme äußern, ferner im Aufrechterhalten infantil-regressiver Verhaltenssymptomatik (z.B. Einkoten, Einnässen)«. (Jugendpsychiatrischer Bericht, 1975)*

In seiner Erinnerung beschreibt Peter seine Erfahrungen in dieser Zeit folgendermaßen:

► P.: Ja, ich habe immer Feuerchen gemacht im Zimmer oder immer so einen Scheiß ...

*War dir das klar, daß das eine gefährliche Chose ist mit dem Feuer machen? Ich meine, deine Mutter muß ja Angst gehabt haben, daß ihr die Bude überm Kopf abbrennt?*

P.: Ja, natürlich, ich hab ja immer nur kleine Feuerchen - nicht so große - gemacht.

*Du hast es also immer unter Kontrolle gehabt und warst dir sicher, daß nichts passiert?*

P.: Es ist ja auch nie was passiert.

*Aber deine Mutter war sich dessen nicht so ganz sicher?*

P.: Ja, nun, wenn da so'n kleiner Junge, so'n Lorbas, mit so 'nem Feuerzeug irgendwo rum ... dann kriegt man, wenn sie das sieht ... Ich hab mal - meine kleine Schwester lag da im Bett - ich hab das Spielgeld irgendwo auf so eine Unterlage gelegt und dann habe ich das angezündet und meine Schwester hat dann nur so durchs Gitter zugeguckt. Sie hatte da noch so'n Bett, wo man nicht rausfällt.

...

Ich war auch mal in Heidberg im Krankenhaus - für zwei Wochen oder so.

*Weißt du denn da noch etwas von? Weißt du, warum du dort hingekommen bist?*

P.: Ja, früher habe ich meine Schwester immer gebissen und mein Bruder hat mich immer gebissen ... Also, nie so richtig mal nachgedacht deswegen.

*Hast du ziemlich viel Streß gehabt zu Hause?*

P.: Na, mit fünf Jahren, was soll man denn da schon für großen Streß haben. So großen Streß hat man mit fünf Jahren noch nicht, als wenn man 10 oder 11 oder 12 oder so ist. Ich glaube, so mit fünf Jahren und dann gleich von seinen Eltern weg ...

*Weißt du denn noch, was da in Heidberg los war?*

P.: Ja, da habe ich angefangen, das Alphabet zu lernen, das weiß ich noch. In so einem Heft, da habe ich das ABC - auf jeder Seite kam jeden Tag mit Buntstiften ein neuer Buchstabe. ... Da gab es so einen Klassenraum, da gab es drei, vier Schüler und dann bin ich da zur Schule gegangen. Was ich vorhin meinte, wo ich das Alphabet gelernt habe. Das ist das erste Mal, wo ich in die Schule kam. Und dann kam ich nach D. in die Heimschule. ◀

Peters erste Lebensjahre sind geprägt von immer wiederkehrenden Ausgrenzungs- und Abschiebungserfahrungen. Alle Institutionen schicken ihn nach mehr oder weniger kurzer Zeit nach Hause, weil er für sie »nicht mehr tragbar ist«, nicht ohne allerdings gleichzeitig darauf zu verweisen, wie wichtig eine konstante, tragfähige Beziehung für Peter ist.

### *Die Zeit im Heim*

Peter ist sechs Jahre alt, als er in ein heilpädagogisches Heim in Niedersachsen kommt. Hier bleibt er sechs Jahre und erlebt erstmals eine pädagogische Institution, die ihn nicht nach kürzester Zeit wieder »ausspuckt«. Doch so 'standfest' sich auch die Institution angesichts der weiter andauernden Probleme Peters zeigt, so unkonstant sind die betreuenden Personen. Eine Zwischenzählung nach vier Jahren seines Aufenthaltes in dem Heim ergibt, daß Peter in dieser Zeit von 21 verschiedenen Erziehungspersonen betreut wurde. Die halbjährlichen Entwicklungsberichte sind fast immer von anderen (neuen) BezugserzieherInnen verfaßt. Positiv- und Negativbeschreibungen halten sich dabei die Waage:

*»Der Junge hat bei geschlossener Zimmertür Angst. Er fängt dann an zu weinen und verlangt, daß die Tür geöffnet bleibt. Peter wachte in den ersten drei Monaten nachts des öfteren auf. Auffallend waren seine Jaktationen. Sie traten regelmäßig zwei Stunden nach dem Einschlafen auf. Seitdem Peter am Tag viel singt und Schaukelbewegungen macht, treten die nächtlichen Jaktationen nur noch selten auf.« (Entwicklungsbericht 1976)*

»Auffallend ist sein verhältnismäßig reicher Wortschatz, seine genauen Formulierungen und sein sachlich klares und logisches Denken. Es konnte beobachtet werden, daß er in schwierigen Situationen Lösungsvorschläge brachte, die seinem Alter weit voraus waren.« (Entwicklungsbericht 1976)

»In den letzten Wochen mußte sich Peter an zwei neue ErzieherInnen gewöhnen, bis April fangen ebenfalls zwei Kollegen in der Gruppe, in der Peter lebt, an. Jedesmal spielt sich bei Peter fast dasselbe Verhalten ab. Er probiert jeden neuen Erzieher aus, indem er sich als hilflos hinstellt und vorgibt, nichts zu können. Er spielt Kleinkind. Dazu gehört auch, daß er zu Beginn einer neuen Beziehung zu einem Erzieher stark einkotet. Ist er sich der Zuwendung des Erziehers sicher, hört das Einkoten meistens wieder auf. In diesem Zusammenhang ist seine Angst wichtig. Bei Situationen, in denen er Angst hat, kotet er häufiger ein als sonst. Nachts kotet und näßt er nicht ein. Peter hat ein enormes Nachholbedürfnis an Zärtlichkeit und Zuwendung. Sobald er einen Erwachsenen für sich alleine hat, zeigt sich dieses Bedürfnis sehr stark. In dem Moment klammert er sich an diesen Erwachsenen, kann aber schon relativ gut akzeptieren, daß es in Ausnahmesituationen möglich ist, er normalerweise aber den Erzieher mit anderen Kindern teilen muß.« (Entwicklungsbericht 1977)

»In Auseinandersetzung mit anderen Kindern kommt es immer noch vor, daß Peter aus Angst vor Schlägen von seiten der anderen Kinder schreit und wegläuft. Dieses Verhalten verurteilen die anderen Gruppenmitglieder. Seit einigen Wochen hat Peter aufgehört, in solchen Streitsituationen zu beißen.« (Entwicklungsbericht 1978)

»Allein kann Peter sich gut und konstruktiv beschäftigen. In einer ruhigen und ausgeglichenen Atmosphäre arbeitet Peter mit großer Ausdauer und sehr konzentriert. Besonders ausdauernd ist er, wenn ihm eine Beschäftigung Spaß macht. ... Schularbeiten erledigt Peter meistens selbständig und kann ausdrücken, wann er müde ist und sich nicht mehr konzentrieren kann.« (Entwicklungsbericht 1978)

► ... Du bist 1975 in das Kinderheim D. gekommen, da warst du sechs oder sieben Jahre alt. Weißt du, warum du in das Kinderheim gehen mußtest? Also, freiwillig bist du doch in dem Alter sicherlich nicht gegangen.

P.: Na ja, ich bin ja gleich vom AK Heidberg nach D. gefahren worden. Ich hab auch immer gefragt, so, wann ich denn nach Hause komme, das weiß ich auch noch. Aber die konnten mir denn nie so richtig was sagen, was denn nun mit mir passiert, und dann bin ich nach Niedersachsen in ein Heim gekommen. Oh ja, und dann bin ich da hingefahren mit denen. Ja, und in dem Heim war ich denn auch fünf Jahre oder so.

Kannst du dich denn daran noch erinnern, was das für einen Grund gehabt hat?

P.: Ja, meine Mutter hat das dann wohl nicht mehr ausgehalten. Ich und meine Schwester, wenn wir uns dann immer gekabbelt haben, dann war es schon so, daß sie dann immer meinen Vater rufen mußte, wobei, der hat auch nur rumgeschimpft und ab und zu gab es dann auch mal den Arsch voll ...

...

Wie war das denn in dem Kinderheim? Weißt du noch, wie du da angekommen bist? War das ne schreckliche Sache für dich oder hast du dich sehr schnell daran gewöhnt?

P.: Wenn ich mir das jetzt so vorstelle, dann habe ich eigentlich in dem Sinne ein gutes Leben gehabt, aber wenn man sich das dann so ansieht, die ganze Heimgeschichte und so ...

Aber hast du keinen Schiß gehabt, als du da hingekommen bist?



P.: Nö, ich wollte ja eigentlich in dem Sinne da gar nicht hin - ich mußte da ja hin - ja, und ich war denn ja auch da, ja, und dann stand ich da das erste Mal mit so großen Augen vor dem ersten Erzieher. ◀

Aus heutiger Sicht stellt sich für Peter die Zeit im Kinderheim sehr positiv dar. Er weiß viele Anekdoten zu berichten, an die er sich gern erinnert. An negative Erfahrungen kann er sich kaum erinnern.

Als Peter zwölf Jahre ist wird er aus dem Heim zu seiner inzwischen vom Vater getrennt lebenden Mutter entlassen. Die Entlassung geschah auf Betreiben der Mutter.

*»Als Peter wußte, er kann demnächst nach Hause kommen, veränderte sich sein Verhalten in der Gruppe merklich. Er kotete und näßte nicht mehr ein. Sein Beißen hatte schon einige Zeit vorher nachgelassen. Andere Kinder schlug er nicht mehr so häufig. Er zeigte rundherum ein sozial angepaßteres Verhalten. Er freute sich sehr darüber und ging öfter einmal Konfrontationen mit anderen Kindern aus dem Wege.« (aus: Heim-Abschlußbericht 1981)*

Noch ein Jahr zuvor waren parallel zueinander vom Werner-Otto-Institut und vom jugendpsychologischen Dienst des Amtes für Jugend Berichte angefertigt worden, die zwar beide keine psychiatrisch relevanten Befunde erbrachten, jedoch auf die erheblichen Belastungen Peters hinwiesen.

*»In Gegenwart der Mutter wurde eine neuropädiatrische Untersuchung nachgeholt. Ich möchte mich kurzfassen: Nach Vorgeschichte sowie nach den neuropädiatrischen insbesondere motoskopischen Untersuchungen ist das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung eher unwahrscheinlich. Wie aus den vorherigen Untersuchungsbefunden hervorgeht, denke ich auch an eine schwere neurotische Entwicklung mit psychosozialer Retardierung.« (Werner-Otto-Institut 1980)*

*»Mit Peter stellt sich ein Kind dar, das im psychischen Bereich erheblich belastet und beunruhigt ist. Intellektuell ist er zumindest durchschnittlich begabt, physisch adäquat entwickelt. Aufgrund der z.T. lebensbedrohlichen Erfahrungen in der Säuglings- und Kleinkindzeit sind ungeheure Ängste entstanden. Peter fühlt sich noch heute unmäßig bedroht. Sein Verhalten ist lauter Aggression, permanente Selbstverteidigung, obwohl heute eigentlich gar kein Anlaß mehr dafür vorhanden ist.« (Jugendpsychologischer und jugendpsychiatrischer Dienst 1980)*

### *Rückkehr zur Mutter - erneute Heimunterbringung*

Als Peter wieder zu Hause ist beginnen sogleich wieder massive Konflikte. Die Mutter versucht durch eine Familientherapie (an der auch der getrennt lebende Vater teilnimmt) die Situation in den Griff zu bekommen. Dies gelingt jedoch nur zeitweise. Nach vier Jahren ständigen Kampfes und ständiger Konflikte zwischen Peter und seiner Mutter und seiner Schwester wendet sich die Mutter erneut ans Jugendamt mit der Bitte, Peter in einem Heim unterzubringen. Peter selbst wehrt sich, ist aber angesichts der erneut festgefahrenen Situation hilflos. Angesichts einer zurückliegenden Zeit mit mehreren Schulwechsellern und Zwangsbeurlaubungen von der Schule kann er auch keine anderen Zukunftsperspektiven benennen. Der erneut eingeschaltete jugendpsychiatrische Dienst des Amtes für Jugend empfiehlt:

*»Nach dem heutigen Eindruck und nach den schriftlichen Äußerungen halte ich eine Unterbringung von Peter in einem möglichst überschaubaren klar strukturierten kleinen Heim für erforderlich, wünschenswert wären auch männliche Erzieher, die durch*

*Eindeutigkeit und Akzeptanz mehr Orientierungshilfe geben. Eine begleitende therapeutische Unterstützung bei den zu erwartenden Trennungsproblemen sollte versucht werden. Das Heim sollte möglichst nicht direkt in Hamburg liegen. Berufspläne und Aktivitäten in und um das Heim, sowie Sportangebote wären bei der hochgradigen inneren motorischen Unruhe erforderlich.» (Jugendpsychiatrischer Dienst 1985)*

Bevor es zu einer Heimaufnahme kommt, geht Peter zunächst zu seinem Vater, da seine Mutter eine Kur antritt. Der Vater, der sich durch Peters Verhalten völlig überfordert sieht, bringt ihn kurz darauf zum Kinder- und Jugendnotdienst, wo Peter etwa zwei Wochen bleibt, bis er von da aus in eine Wohngruppe eines freien Trägers in Hamburg wechselt.

► P.: Ja, das war so, meine Mutter ist zur Kur gekommen, weil sie das nervlich nicht mehr durchgehalten hat. Ja, und dann war ich bei meinem Vater, und mein Vater hat ja auch noch meinen Bruder gehabt - also, der war auch total viel alleine - ja, mein Vater wollte dann auch ... und dann habe ich bei ihm in der Firma ... gewohnt, und dann konnte er mich da auch nicht halten, weil ich da immer, während er gearbeitet hat, rumgelaufen bin. Und das geht ja eigentlich nicht. Und da hat mich mein Vater dann in die Feuerbergstraße (Kinder- und Jugendnotdienst, R.S.) gebracht.

*Warum hat er dich dahingeschickt?*

P.: Ja, er hat mich dahin geschickt, weil er selber auch nicht ... Ja, und dann hat er mich dorthin gefahren. Und die in der Feuerbergstraße haben dann auch gesehen, daß ich nicht so gerne dahin komme. Und dann haben sie meinen Vater gefragt: Nehmen Sie ihn denn auch wieder mit? Vielleicht ergibt sich ja auch morgen noch etwas. Und dann bin ich wieder zurückgefahren. Am nächsten Morgen hat er mich ... ich weiß gar nicht, was das gebracht hat, der eine Tag. Aber trotzdem hat er mich dann da wieder hingefahren. Und dann war ich da zwei Wochen. Und das war dann richtig heftiges ... also, da war ja wirklich alles zusammengewürfelt. Da waren auch Fünfjährige und ich war zu der Zeit ja gerade 15 oder 16 und bei mir auf der Gruppe waren auch Fünfjährige.

*Und - war das eine harte Zeit?*

P.: Ach, die zwei Wochen, das war ja schnell vergangen.

*Aber du wußtest doch nicht, was dann weiter passiert.*

P.: Doch, doch, ich wußte schon was passiert. Ja, dann waren in meiner Gruppe dann noch zwei Jugendliche, die sollten dann auch mit mir in die Wohngruppe kommen. Ja, und dann kamen da von der Wohngruppe so zwei, drei, vier Leute an, die da die Gruppe geführt haben, ja, und dann sind wir auch dahin gefahren. Das wurde extra neu renoviert das Haus. An der Elbe ist das. Ja, und dann haben wir da mit sechs oder sieben Leuten gewohnt. Das fand ich eigentlich noch so die beste Zeit. ◀

### *Die Eskalation*

Das, was hier von Peter als seine 'beste Zeit' bezeichnet wird, stellt für die MitarbeiterInnen dort einen 'untragbaren' Zustand dar. Peter 'dreht immer weiter auf', er neigt zu unberechenbaren Gewalttätigkeiten, wird als ungesteuert und in seinem Verhalten unbeeinflussbar wahrgenommen. Der sonderbare Widerspruch besteht gerade darin, daß er selbst gerne in der Wohngemeinschaft lebt und sich davor fürchtet,

entlassen zu werden. Dennoch eskalieren die Schwierigkeiten innerhalb weniger Monate nach der Aufnahme in der Wohngemeinschaft:

»Juni/Juli:

*Peter geht sehr intensiv auf die Erwachsenen vor allem die beiden Sozialpädagoginnen zu und fordert deren volle Aufmerksamkeit. Aufgrund dürftiger Aktenlage sind Hintergründe, Ausmaß und Beständigkeit der Störungen noch nicht zu ermessen. Peter entwickelt eine Art, Nähe und Aufmerksamkeit durch gezielte Provokation abzufragen. Eine Woche nach Peters Einzug, als weitere Jugendliche in die Wohngruppe einziehen, kommen Beschwerden der Anlieger, da Peter dreckige Unterwäsche auf die Häuser wirft. Die Beschwerden halten an. Peter reagiert auf die Einzüge anderer Jugendlicher stark eifersüchtig und verstärkt sein Abfragen von Zuwendungen und sein Verhalten nach außen. Die Nachbarschaft droht mit Gründung einer Interessengruppe gegen die Wohngruppe. ... Er beginnt mehr und mehr zu regredieren: Seine Stimme geht in den Stand vor dem Stimmbruch zurück, er lispelt, zuckt mit den Augen und kaschiert sein hohes Allgemeinwissen. Er beginnt in die Hose zu machen, bzw. aus dem ersten Stock zu urinieren, zündelt wiederholt mit Benzin im Haus und sucht mehr und mehr körperliche Zuwendung. Sein Stand entspricht in dieser Phase dem eines Vierjährigen. September 1985:*

*Zwei weitere Jugendliche ziehen in die Wohngruppe ein. Die Gruppe ist damit vollständig. Peter geht mehr und mehr zu aggressivem Verhalten über. So zerreißt er Bettzeug, demoliert Regale etc.. Sein Verhalten wird für die Betreuer beängstigend und unkontrollierbar, als er ohne Grund und Vermutung versucht, einen weitaus älteren Jugendlichen mit einem schmiedeeisernen, großen Kerzenständer zu erschlagen. Ohne daß die Betreuerin den mindesten Einfluß ausüben kann, schlägt er nach dem Jugendlichen, trifft noch die zugeworfene Tür und zerschlägt dann Raum- und Kücheneinrichtung. Während dieses Ausbruchs war Peter nicht ansprechbar und konnte nicht zwischen geliebten und gehaßten Personen differenzieren.*

*Oktober/November 1985:*

*Weitere körperliche Auseinandersetzungen folgen, bei denen Peter in keiner Weise ansprechbar ist und nach denen Peter lange Phasen der Beruhigung benötigt. Peter sucht verstärkt brennbares Material und setzt es zum Teil nachts in Flammen. Er wirft brennende Gegenstände aus dem Fenster und spielt mit brennenden Lappen. Die Kraft aller fünf an der Betreuung beteiligter Personen liegt fast ungeteilt auf Peter. Peter muß ständig beaufsichtigt, umsorgt und unterstützt werden. ... Peter zeigt die gesamte Bandbreite der Symptomatik in fast identischer Form wie bereits im Alter von 6 Jahren: Er geht in der Sprachentwicklung zurück, entwickelt Scheindebilität, schlägt um sich, spielt in gefährlicher Weise und kann weder Stuhlgang noch Urin bei Aufregung und Freude kontrollieren. ... Eine Heilung durch pädagogische Einflußnahme ist angesichts der unveränderten Symptomatik auszuschließen. ... Dies benötigt psychiatrische und psychologische Kompetenz, die im Heim nicht bereitgestellt werden kann. Peters Problematik sprengt den Rahmen der Wohngruppenarbeit.« (aus: Entwicklungsbericht 1985)*

Peter selbst wird offensichtlich ungerne an die hier geschilderten Ereignisse erinnert:

► Du sagst, das war so deine beste Zeit (in der Wohngruppe), aber dann hat es doch irgendwelche Schwierigkeiten gegeben?

P.: Wie? Ach so, ja ...

Du bist also in diese Wohngruppe gekommen, mit wieviel anderen zusammen?

P.: Mit fünf oder sechs Jugendlichen.

*Und mit denen hast du dich ganz gut verstanden und fandest das eigentlich sehr gut dort?*

P.: Ja, irgendwie hab ich mich mit denen ... anscheinend hab ich mich mit denen doch nicht so gut verstanden. Es gab öfters ... bei mir ist das immer so: Fünf Minuten Rumgegröhle, fünf Minuten ist es dann wieder schön gut, mit Spielen oder so ... Ja, und dann haben die wohl eingesehen, daß die Gruppe nicht so gut für mich war ...

*Wie ging das denn mit den anderen Jugendlichen, hast du dich mit denen gestritten, hast du dich mit denen gekloppt oder was war das Problem?*

P.: Ja, ... Da waren halt auch größere wie ich und so, und da gab's da irgendwie ... Ach, die Gruppe ist dann auch, als ich gegangen worden bin - zwei drei Wochen später sind die anderen ja auch alle rausgegangen. Die wurde so'n bißchen aufgelöst, die Gruppe. Zwei, drei Leute sind dann da nur noch geblieben. ◀

Angesichts der durch Peter an sie herangetragenen Problematik waren die Grenzen der Einrichtung und des Trägers erreicht. Die Einrichtung kam zu dem Schluß, daß »die erforderliche Betreuung Peters die Grenzen öffentlicher Erziehung überschreitet.« Nach ihrer Einschätzung »ist der Grad der seelischen Behinderung so groß, daß es unvertretbar ist, die Illusion zu mehren, mit den in Hamburg üblichen Mitteln könne man Peter helfen« (Vermerk der Einrichtung, 1985).

Wie auch schon die früheren Gutachten ergab die erneute Einschaltung des jugendpsychiatrischen Dienstes, daß Peter keine psychiatrisch relevanten Krankheitssymptome zeigt. Die Einrichtung stellte hierzu fest:

*»Unabhängig von dieser spannenden Streitfrage, ob es sich nun hierbei mehr um einen pädagogischen oder psychiatrischen Einzelfall handelt, bleibt festzuhalten, daß sich sowohl die Psychiatrie einerseits nicht zuständig fühlt, andererseits die Geschichte dieses Minderjährigen zeigt, daß die PädagogInnen an ihre Grenzen gestoßen sind.« (Vermerk der Einrichtung 1986)*

Angesichts dieser als ausweglos erscheinenden Situation finden im Amt für Jugend mehrere Krisensitzungen mit mehreren Beteiligten statt. In den ersten Sitzungen sind keine Lösungsvorstellungen in Sicht. Einigkeit besteht allerdings sehr schnell darüber, daß Peter weder in der Psychiatrie noch in der öffentlichen Erziehung angemessen untergebracht ist. Ein Ergebnis der Konferenzen war, daß für Peter eine (Jugendhilfe)-Einrichtung gefunden werden müsse, die in der Lage sei, die Verhaltensäußerungen des Jugendlichen zu ertragen und darüber hinaus alle notwendigen ergänzenden und stützenden Hilfen heranziehen könne. Mit diesem (Zwischen-)Ergebnis begann der Erziehungssachgebiets-Bearbeiter bundesweit nach einer angemessenen Einrichtung für Peter zu suchen. Mehrere Einrichtungen wurden angeschrieben. Dabei sei es nicht so sehr darum gegangen, eine »bessere« als die bisherige zu finden, sondern man habe sich auf der Suche nach einer Konstellation befunden, die überhaupt ein - wenn auch nur befristetes - Zusammenleben von Peter mit BetreuerInnen erlaubt hätte. Die Situation mit Peter sei derartig schwierig gewesen, daß pädagogisch und therapeutisch planbare Prozesse ohnehin illusorisch gewesen wären. Ziel war, eine Betreuungskonstellation zu finden, von der der Jugendliche hätte profitieren können und in der die MitarbeiterInnen hätten bestehen können. »Solche Betreuungsformen können sich verbrauchen und dürfen sich auch verbrauchen. Es kann nicht angehen, ein erkannt sich am Ende befindendes System dazu zu zwingen, weiterzumachen. ... Da hört der Grundsatz, nicht zu versetzen, für mich auf.« (Fachkraft Erziehungssachgebiet)

## *Die reisepädagogische Krisenintervention*

Da die bundesweite Suche nach einem anderen Platz für Peter erfolglos bleibt - an die Suche war so gut wie keine Hoffnung geknüpft -, schlägt die betreuende Einrichtung selbst den Knoten durch. Sie findet einen Erzieher, der bereit ist, mit Peter auf Auslandsreisen zu gehen und im Anschluß daran bereit ist, die Betreuung mit einem weiteren Kollegen im Wechsel fortzusetzen. Eigens für Peter wird nach diesem Auslandsaufenthalt von 6 Wochen eine Wohnung angemietet, wo er nach einiger Zeit mit einem zweiten Jugendlichen zusammenlebt und von den beiden Erziehern wechselweise betreut wird.

► *Aber, du hast mir doch erzählt, daß du mit einem Erzieher zusammen in den Süden geflogen bist?*

P.: Gerold hieß der. Der ist dann mit der Bahn zu uns gekommen - das ist jetzt 'ne gute Geschichte - ja, dann ist er zu uns gekommen, und da habe ich ihn mit Karl bei Kiel vom Bahnhof abgeholt, und ich wußte ja nicht, wie sieht der denn jetzt aus. Und Karl hat gesagt, das sei ein ganz kleiner. Und dann kam auch ein ganz kleiner an, mit Taschen und so. Und dann sind wir zu Karl gefahren und haben das besprochen. Der wollte dann mit mir eine Gruppe aufmachen ... Ja, und dann war da zuerst nur Gerold, ein Betreuer. Und dann mußte ja noch ein Betreuer her und das war dann Karl-Heinz. - Ach so, jetzt überspring ich schon wieder alles. Und dann bin ich mit diesem Gerold zuerst in das Haus einer Betreuerin gefahren, die hatte bei Kaltenkirchen ein Ferienhaus. Und da sind wir dann auch erstmal zwei Monate hingefahren, und dann haben wir dort erstmal gewohnt, weil, er wollte sich von mir ein paar Eindrücke machen. Er wollte mich erstmal erleben und alles. Ja, und dann hatte das Heim aber noch kein Haus gehabt, wo wir wohnen konnten, also, wo eine Gruppe aufgemacht werden konnte. Ja, und dann hat Gerold gesagt, dann fahren wir in Urlaub, such dir mal was aus, wohin wir fahren. Es muß aber in Europa bleiben. Ja, und da habe ich gesagt: Spanien, weil Spanien ja noch das wärmste gewesen ist, weil das war ja im Winter gewesen, kurz nach Silvester. Ja, denn sind wir nach Malaga geflogen, sind da zwei Wochen gewesen, haben dort auch Wanderungen gemacht, so richtig lange. ...

*Wie hast du dich denn mit dem Gerold verstanden?*

P.: Der Gerold hat darüber auch 'nen Bericht geschrieben - den kannst du ja auch mal lesen. Ja, für Gerold war das ein total nerviges Spiel, aber er hat durch mich viel erfahren ... Ja, und die letzten zwei Wochen, da war das so wie hier, in Spanien. Und auch so kalt wie jetzt. Die ganzen Tage und Wochen, es hat nur geregnet. Nur zwei, drei Mal hatten wir Sonne. Ich wollte auch mal baden gehen in Malaga, das war echt zu kalt gewesen. Ja, und dann hat Gerold gemeint, dann müssen wir ja wohl noch 'nen Stückchen weiter fliegen. Und dann sind wir da irgendwo in Spanien in so'n Reisebüro reingegangen und haben einen Flug gebucht nach Teneriffa und sind dann weiter nach Gomera gefahren. ... Ja, und dann hat Gerold einmal einen Sonnenstich gehabt, da lag er da so am Strand und da habe ich für ihn so auf 'ner Bananenplantage so Blätter abgerissen und ein Dach gebaut. Und da kam da so ein Bananenbauer an und hat Gerold voll angemacht und ich bin da etwas weiter zurückgegangen. Und Gerold lag dann da und dann

hing der plötzlich so voll an zu schimpfen und hat so auf Spanisch gesagt, na, daß das nicht geht, daß man da so die Bananenblätter abreißt. Aber es lagen ja auch welche auf dem Boden, da habe ich die genommen.

Ja, und dann habe ich da so kleine Spielchen gemacht, immer so mit glühendem Feuer mal so an Gerolds Kinn, wenn er geschlafen hat. So alles mögliche.

*Hast du das gemacht, um ihn richtig zu ärgern?*

P.: Nee, nur so aus Spaß.

*Aber er hat den Spaß dann nicht so verstanden? Und dann gab es doch sicher Streß, genau wie zu Hause?*

P.: Nö, so richtig eigentlich nicht ... Ja, so manchmal gab es schon Streß. Dann fällt man sich schon mal auf die Pelle ... Gerold ist ja auch mal für'n Tag, da ist er so weggegangen, da bin ich alleine gewesen. ◀

### *Die Sondergruppe*

Nachdem Peter und sein Betreuer von der Auslandsreise zurückwaren, wurde die Betreuung in der oben skizzierten 'Sondergruppe' (2 Jugendliche - 2 Betreuer) weitergeführt. Eine Jugendpsychiaterin des jugendpsychiatrischen Dienstes stand für etwa 14-tägige Beratungsgespräche zur Verfügung, deren Inhalte sie folgendermaßen charakterisiert:

*»In dem täglichen Kampf im Alltag blieb wenig Kraft und Zeit für Reflexion eigener Verhaltensweisen und der emotionalen Verflechtungen. Zunächst wurde das konkrete Zusammenleben, also der Alltag, genau besprochen. Wer ist in dem Haus mit wem, wie lange zusammen; wie ist die Zimmeraufteilung; hat jeder Beteiligte ausreichend Rückzugsmöglichkeiten: werden klare und eindeutige Grenzen gesetzt, beispielsweise wie und wo sich Peter innerhalb des Hauses aufhält; werden einmal gesteckte Grenzen eingehalten, sind sie einhaltbar; wer sorgt für Essen kochen, Wäsche waschen, einkaufen, Geld usw.; wie erpreßbar sind die einzelnen durch die jeweiligen Abmachungen, beispielsweise wenn Peter sich verweigert.*

*Bei allem geht es darum, möglichst transparente Regelungen zu finden, die Peter begreifen kann, und die der Erzieher durchhalten kann. Da es um jede Aufgabe Auseinandersetzungen gibt, ist es wichtig, die Dinge so klar zu regeln, um sich nicht in einem sinnlosen Dauer-Streß zu erschöpfen.« (Jugendpsychiaterin)*

Trotz der Beteiligung der Jugendpsychiaterin in dieser Phase sei Peter nie zum Psychatriefall geworden, da sie nicht auf einer individuellen Betreuungs- und Behandlungsebene in den 'Fall' eingestiegen sei, sondern sie auf der strukturellen Ebene an Lösungen für Peter im Rahmen von Jugendhilfe mitgearbeitet habe. Nach Ansicht der Fachkraft im Erziehungssachgebiet sind ganz bestimmte Menschenbilder, ganz bestimmte Entscheidungsabläufe, ganz bestimmte Flexibilitäten und Qualifikationen »auf den Punkt« gebracht worden. Das Heim habe erkannt, daß es aus eigenen Mitteln heraus nicht in der Lage war, das Problem zu tragen. Man habe sich qualifiziert darum bemüht, die weitere Diskussion und Weichenstellung für Peter auf verschiedene qualifizierte Schultern zu verteilen. Die Diskussionen, die es gegeben habe, seien stets von dem Verständnis geprägt gewesen, daß eine »allgemeine Zuständigkeit« aller Beteiligten bestanden hätte. Da dieses auch vom Heim wahrgenommen worden sei, sei man bereit und in der Lage gewesen, noch weiter »auszuhalten«. Es habe keine

Hinhaltetaktik seitens der Diskussionsbeteiligten gegeben, sondern ein auf allen Ebenen aktives Bemühen, alternative Lösungen zu suchen bzw. zu schaffen.

► *(Nach einer längeren Erklärung, wozu der zu erstellende Bericht gedacht ist.) Wenn man meint, mit einem Jugendlichen nicht mehr klar zu kommen, dann kann man ihn ja auch abschieben. Du sagst, ein anderes Heim hat sich nicht bereit erklärt, dich aufzunehmen? Man kann auch in die Psychiatrie ...*

P.: Ja, damit wurde bei uns auch schon gedroht, mit so was, mit Psychiatrie.

*Hast du das mitbekommen, daß man sich darüber bei dir Gedanken gemacht hat?*

P.: Ja, also Gerold und so, die haben zu mir so gesagt ... Die haben mir immer alles erzählt, die haben mich auch in so Akten ... In Dibbersen die haben mich meine grüne Akte nie anfassen lassen. Aber bei Gerold und so, da konnte ich immer alles lesen. Da durfte ich sogar die Berichte und so lesen.

*Dann weißt du ja wohl, daß man sich bei dir auch überlegt hat, daß, wenn man im Heim nicht zurechtkommt mir dir, daß es ja dann wohl in die Psychiatrie gehen könnte.*

P.: Ja, das war ... das war da, wo ich aus der Wohngruppe rauskam. Da meinte auch Georg: Das ist jetzt hier deine letzte Chance. Das habe ich auch noch gut überstanden.

*Das war dir klar, wenn du das jetzt nicht gepackt hättest, und die erklärt hätten: Wir können jetzt nicht mehr mit dem zusammenleben, daß du dann in eine Einrichtung in der Psychiatrie hättest kommen können?*

P.: Jaa. Ja, das wußte ich.

*Hat das mit dazu beigetragen, daß du dich am Riemen gerissen hast?*

P.: Ich habe nie geglaubt, daß ich da reinkomme. Ich habe mich deswegen nicht am Riemen gerissen, sondern einfach so weitergelebt. Das hat sich dann so ergeben, da habe ich wohl noch mal Glück gehabt.

*Hast Glück gehabt?*

P.: Ja - obwohl ich glaub, daß das nicht passiert wäre. ◀

Zu seinem Leben und zu seiner Betreuungssituation in der Sondergruppe bemerkt Peter:

► P.: Dann hat das Heim gesagt: ...dann machen wir jetzt 'ne neue Gruppe auf - und das heißt dann Sondergruppe - und das waren wir: Ich und noch ein zweiter, den konnte ich mir selber aussuchen. ...

*Ich hab ja die Berichte gelesen und aus denen geht hervor, daß es für die Betreuer ganz schön schwer gewesen ist und daß das denen auch nicht immer Spaß gemacht hat. Ihr scheint euch ja ziemlich viel gestritten zu haben?*

P.: Aber - bei dem Gehalt, was die bekommen haben, würde ich das auch sofort machen.

*Du meinst, die könnten sich nicht beklagen, für das Geld was sie gekriegt haben, sei das schon ein ganz guter Job gewesen, den sie gemacht haben?*

P.: Die haben echt 3.000,-- verdient - und das letzte halbe Jahr da waren sie fast jede halbe Woche nur da. O.k., gut, Gerold hat z.B. als er mit mir in Spanien gearbeitet hat, da hat er ja nur gearbeitet, denn dann ist ja auch Schlafen auch seine Arbeit.

...

*(Was wäre gewesen, wenn die Betreuer gesagt hätten, jetzt ist Schluß, wir haben keine Lust mehr, wir halten Peter nicht mehr aus?)*

P.: Ja - ja - also, bei Gerold, das war so, wenn die keine Lust mehr auf uns hatten, dann sind die einfach gegangen. Dann saß man alleine.

*Und - war das schlimm?*

P.: Nö, wir waren öfters alleine. Zum Schluß immer häufiger. Man muß ja auch lernen, alleine zu leben. Man kann ja nicht immer einen Betreuer im Haus haben. Ja, und dann sind sie auch mal ne Woche oder so ... dann kamen sie nur ab und zu mal.

Und dann haben sie auch noch zwei Zusatzbetreuer gehabt, als Aushilfe ... Die haben überhaupt gar nichts mit der Jugendhilfe zu tun gehabt, das waren ganz normale Leute. ◀

### *Peter heute - flexible Betreuung*

Beide Erzieher halten mit tatkräftiger Unterstützung des jugendpsychiatrischen Dienstes und weiteren Fachkräften zwei Jahre durch. Als Peter 18 wird, zieht er in eine eigene Wohnung. Seine beiden bisherigen Betreuer verabschieden sich von ihm. Eine neue Betreuerin übernimmt die inzwischen fast drei Jahre andauernde Betreuung im Rahmen der flexiblen Betreuung des gleichen Trägers.

Die beratende Jugendpsychiaterin charakterisiert seine Situation etwa ein Jahr später so:

*»Die neue Betreuerin (20 Stunden pro Woche) kann von vornherein auf einer weitaus 'erwachseneren' Beziehungsebene einsteigen. Sie besucht ihn wie eine fürsorgliche Verwandte und bespricht mit ihm das, was an Schwierigkeiten auftritt, was zu erledigen ist, ohne es ihm abzunehmen. Peter erfaßt das sehr schnell. Er beginnt, Zukunftspläne mit ihr zu besprechen. Er telefoniert und beantwortet Briefe selbständig. Die Wohnung wird ihm gekündigt, nachdem er die Nachbarn gestört hat. Er beginnt, sich um eine neue zu kümmern. Immer mehr gleicht das Leben von Peter dem eines Jugendlichen, der lernt, sich mit dem realen Leben auseinanderzusetzen. Er findet auch einen richtigen Freund. Er hat in drei Jahren ein gewisses Maß an Selbständigkeit gewonnen und ist auch deutlicher in seiner Entwicklung nachgereift.« (Jugendpsychiaterin)*

Die Mitarbeiterin der flexiblen Betreuung schildert Peter als einen jungen Mann, der über ein hohes Maß an Kommunikationskompetenz verfügt. Es ist kein Problem für ihn mit anderen Menschen (Nachbarn) in Kontakt zu kommen. »Er weiß über Hinz und Kunz Bescheid«. Es gebe zwar auch in der derzeitigen Wohnung häufigen Ärger mit den Nachbarn, aber Peter gelinge es immer wieder, diese zu besänftigen, so daß er immer erneut auf die Nachsicht seiner HausmitbewohnerInnen rechnen kann.

Peter habe ein untrüglich gutes Gefühl, andere Leute einzuschätzen, finde sehr schnell die richtige Art, mit ihnen umzugehen (z.B. ihre wunden Punkte anzusprechen, oder sie »hopp zu nehmen«). Peter selbst beschreibt, daß seine Art darin bestehe, »einfach etwas glaubwürdig zu sein«. Der Mitarbeiterin der flexiblen Betreuung erscheint die Geschichte von Peter aus heutiger Sicht eher so, als habe er stets alle und alles unter Kontrolle gehabt. Die Pfiffigkeit und der Schalk, die Peter heute ausstrahlen würde, lassen es ihr heute unvorstellbar erscheinen, daß die Probleme, die Peter gehabt und gemacht habe, jemals vollständig seiner Kontrolle entglitten wären. Gerade wenn man die Betreuungsgeschichte von Peter anschau, könne man sehen, daß er »jeweils das System nach seiner Pfeife hat tanzen lassen«.



Dieses Verhältnis habe sich allerdings mit Peters 18. Geburtstag etwas verändert. Bis dahin habe sich immer jemand innerhalb der Heimerziehung etwas einfallen lassen müssen, um mit ihm zurecht zu kommen. Nun jedoch habe sich das Verhältnis umgekehrt: »Er muß um seine Betreuung buhlen«. Dieses sei zwar nicht direkt mit dem 18. Lebensjahr erfolgt. Die Betreuerin könne sich jedoch die Veränderungen, die sich bei Peter vollzogen haben, nur so erklären, daß ihm zunehmend bewußt werde, daß die ihm angetragene Beratung und Betreuung kein Dauerzustand bleiben kann. Jedesmal wenn thematisiert werde, daß die Betreuung beendet werden solle, sperrt sich Peter dagegen und fordert weiteren Fortbestand der flexiblen Betreuung ein.

Zur Zeit benötigt er die flexible Betreuung nach eigenen Angaben u.a. zur gemeinsamen Bearbeitung einiger strafrechtlicher Delikte, die er sich mit anderen zusammen hat zuschulden kommen lassen.

Ansonsten richtet sich Peter in materiell sehr bescheidenen Verhältnissen (z.T. unter Sozialhilfeniveau) ein. Seine gelegentlichen Versuche zu arbeiten seien für ihn materiell kein Gewinn gewesen, da er angesichts des erwarteten Lohnes seine Ausgaben vervielfacht habe und am Ende des Arbeitsverhältnisses in der Regel mit noch mehr Schulden dagestanden habe.

► *Und mit Carola (Mitarbeiterin der flexiblen Betreuung) kommst du ganz gut klar?*

P.: Ja.

*Und was ist ihre Arbeit, wozu brauchst du sie?*

P.: Ja - also die ganzen Sachen mit der Bank, Arbeit suchen.

*Also, bei Behörden und Antragstellung, da ist sie ne ganz gute Unterstützung?*

P.: Ja - ja also die ganzen Anträge, das kann ich jetzt auch schon alleine. - Ja, Jetzt ist das irgendwie ein bißchen wegen der Polizei, daß man da mit Carola ein bißchen Rat hat. Also Carola hat auch mal bei der Polizei angerufen, weswegen sie denn immer bei Peter anklingeln.

*Und wie lange geht das noch mit der Carola, möchtest du die noch länger behalten?*

P.: Ja, möchte ich eigentlich noch gerne. Aber Carola will auch gerne wissen, was ich nun eigentlich von ihr will oder was wir machen sollen. Sie muß ja auch jedesmal, alle halbe Jahre so einen Bericht für das Amt für Rehabilitation schreiben.

...

*(nach einigen Bemerkungen über den kärglichen Lebensstil von Peter in seiner Wohnung) Könntest du auch so weiterleben, wenn du Sozialhilfe kriegtest? Oder geht dir das auf den Geist und sagst du, es muß auch was Anständiges her?*

P.: Also mir genügt es, wenn ich ne Wohnung habe ...

*Bist also nicht anspruchsvoll?*

P.: Nö, eigentlich nicht.

*Du mußt also nicht unbedingt einen 8-Stunden-Job haben, um richtig Geld zu verdienen?*

P.: Nö. ◀

Heute - auch während der Besuche des Interviewers - ist Peters Wohnung immer voll mit Gästen und Besuchern. Peter ist im Umgang mit ihnen sehr gruppenfähig. Seine positive Denkweise und seine offensichtliche Lust am Leben beeindruckt. Er hat nach wie vor viele Probleme - aber: Über Psychiatrie redet keiner mehr.

## 7 ZUSAMMENFASSENDE EINSCHÄTZUNG DER SITUATION VON JUGENDHILFE UND JUGENDPSYCHIATRIE IN HAMBURG

Folgende zentrale Ergebnisse der Untersuchung lassen sich festhalten:

- ▶ Das Platzangebot an jugendpsychiatrischen Klinikplätzen beträgt weniger als die Hälfte des von der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich geforderten Soll. Dennoch sind alle befragten Fachkräfte der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie einig in der Auffassung, daß das Platzangebot (56 Plätze - abzüglich der aus anderen Bundesländern belegten Plätze - auf ca. 240.000 unter 18-Jährige) für Hamburg ausreichend sei. Angesichts der auf Klinikseite formulierten Kritik der zu langsam stattfindenden Übergänge in Heimerziehung und der verbesserungsfähigen Zusammenarbeit mit ambulanten Angeboten in der Stadt Hamburg sind sogar eher noch Reserven vorhanden.
- ▶ Angesichts eines breit ausgebauten jugendpsychiatrischen Versorgungsnetzes nimmt das stationäre Angebot für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg traditionell einen geringeren Stellenwert ein. Während in Hamburg ein Platz für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf 4.232 unter 18-Jährige kommt, kommt z.B. in Westfalen-Lippe ein Platz auf 2.338 unter 18-Jährige. Genau umgekehrt dagegen stellt sich die Versorgungsrelation mit Heimplätzen dar: In Hamburg kommt auf 141 Minderjährige ein Heimplatz während in Westfalen-Lippe auf 285 Minderjährige ein Heimplatz kommt. Während in Westfalen-Lippe das Verhältnis der Platzzahl Heim-Klinik etwa 8 zu 1 beträgt, liegt es in Hamburg bei 30 zu 1.
- ▶ Der Verzicht auf geschlossene Unterbringung im Rahmen der Heimerziehung (und im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird von allen befragten Fachkräften beider Disziplinen getragen. Der Verzicht auf geschlossene Unterbringung hat weder zu vermehrten oder verschärften jugendpsychiatrischen Krankheitszuschreibungen noch zu vermehrten Zugriffen der Jugendgerichtsbarkeit (Strafvollzug/U-Haft) geführt. Im Gegenteil gehen auch hier die Fallzahlen eher zurück.
- ▶ Von den 54 im Rahmen einer Stichtagerhebung in den jugendpsychiatrischen Kliniken erfaßten jungen Menschen hatten vier (7 %) bereits ein- oder mehrmals in einem Heim gelebt. Zwei Minderjährige (4 %) waren direkt aus einem Heim in der Klinik aufgenommen worden. Kinder aus Pflegefamilien wurden zum Stichtag nicht behandelt (zum Vergleich: In Westfalen-Lippe hatten 13 % der Kinder in Kliniken Heimerfahrung und 10 % Erfahrungen in Pflegefamilien).
- ▶ Bei 12 der 91 in der Aktenanalyse erfaßten Heimeinweisungen (13 %) handelte es sich um Kinder und Jugendliche aus Adoptionsfamilien. Acht dieser zwölf Kinder und Jugendlichen hatten Erfahrung mit der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dies sind knapp 30 % aller erfaßten Heimeinweisungen von Kindern und Jugendlichen mit stationärer Psychiatrieerfahrung.

- Bezüglich der Kinder und Jugendlichen mit Vorerfahrungen in jugendpsychiatrischen Kliniken gibt es im Rahmen von Heimplatzvermittlungen klare Zuweisungskriterien nach Trägerschaft der Einrichtungen. Von den 27 erhobenen jungen Menschen mit Psychiatrieerfahrung wurden 25 an Einrichtungen freier Träger vermittelt und nur 2 an Einrichtungen des Landesbetriebes (LEB).

Soweit einige zentrale Ergebnisse der empirischen Analyse. Will man auf der Grundlage der in dieser Studie dargelegten Praxis zu einer Einschätzung der Hamburger Situation im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie kommen, bietet es sich an, die in verschiedenen Publikationen zum Thema Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie mit Blick auf die beiden Handlungssysteme ausgesprochenen Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie gleichsam als Prüfkriterien zu nehmen (Gintzel/Schone 1989, S.175 ff., Köttgen/Kretzer 1990, S.101 ff., Glatzel 1990, S.25):

- *Kontinuierliche Beratung, Fortbildung und Supervision für MitarbeiterInnen der Heimerziehung*

Beratung, Fortbildung und Supervision dienen dem Ziel, Krisen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen besser und frühzeitig zu erkennen, angemessen darauf zu reagieren und ggf. rechtzeitig weitere Hilfen hinzuzuziehen. Sowohl von Fachkräften der Kliniken als auch von Fachkräften der Jugendhilfe wurde thematisiert, daß das Beratungs- und Supervisionsangebot für die Fachkräfte der Heimerziehung noch nicht ausreichend entwickelt sei. Zwar habe es gerade im Rahmen der Dezentralisierung besondere Anstrengungen hinsichtlich der Unterstützung durch Praxis, Beratung und Supervision gegeben, jedoch würden nicht alle MitarbeiterInnen im erforderlichen Umfang von diesen Angeboten erreicht. Gerade für jene PädagogInnen, die mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen im Rahmen des normalen Heimalltags arbeiten würden, würde das Angebot spezifisch jugendpsychiatrischer Beratung und Unterstützung nicht ausreichen.

- *Jugendpsychiatrische Fachkompetenz bei Bedarf dort einsetzen, wo die Kinder und Jugendlichen leben*

Während in anderen Bundesländern Krisensituationen von Kindern und Jugendlichen häufig mit einer Verlegung vom Heim in eine Klinik beantwortet werden, bietet das Amt für Jugend in Hamburg mit seinem jugendpsychiatrischen und jugendpsychologischen Dienst intensive fachliche Beratung und Unterstützung für die Heime und Heimgruppen an. Darüber hinaus besteht bei den meisten MitarbeiterInnen der Heimerziehung eine im Rahmen der Dezentralisierung und Entspezialisierung der Heimerziehung stärker entwickelte Kompetenz, auf die verschiedenen Dienste und Angebote des psychosozialen Netzes in Hamburg zurückzugreifen. Man kann davon ausgehen, daß die Forderung, im Krisenfall jugendpsychiatrische Kompetenz ins Heim zu holen anstatt den Jugendlichen zu verlegen, in Hamburg in hohem Umfang umgesetzt worden ist. Nur selten - und dann fast ausschließlich im Rahmen akuter psychiatrischer Krisenbehandlungen - finden überhaupt noch Überweisungen von Heimen in die Kliniken statt.

► *Sicherung der Zuständigkeit des Heimes/der Heimgruppe bei Überweisung eines Kindes oder Jugendlichen vom Heim in die Klinik*

Die in Westfalen-Lippe beobachtete Tendenz, Kinder oder Jugendliche in Krisensituationen in die Klinik zu überweisen und dann die Wiederaufnahme zu verweigern (vgl. Gintzel/Schone 1990, S.128), läßt sich in Hamburg nicht feststellen. Zum einen hat sich die Zusammenarbeit zwischen den Heimen und den Kliniken inzwischen soweit professionalisiert, daß solche gegenseitigen Instrumentalisierungen kaum noch möglich sind; zum anderen besteht auf Seiten der Heimerziehung ein sehr hoher Anspruch, nicht abzuschieben. Auch wenn stationäre Aufnahmen von Kindern oder Jugendlichen aus einer Heimgruppe in der Klinik nötig sind, ist allen Beteiligten klar, daß der/die Minderjährige weiterhin zur Einrichtung der Jugendhilfe gehört, egal, wie die Situation sich durch die stationäre Behandlung entwickelt. Dies ist u.a. auch ein Ergebnis eines längeren wechselseitigen Lernprozesses zwischen Heimen und Kliniken. Mitunter müssen auch heute noch die HeimitarbeiterInnen ihre Zuständigkeit gegenüber den Klinikfachkräften offensiv thematisieren.

► *Sicherung eines Verständigungsprozesses zwischen Klinik und Heim bei stationären Aufnahmen von Minderjährigen aus dem Heim*

Die Forderung beinhaltet einerseits die umfassende Informations- und Beteiligungspflicht des Klinikpersonals gegenüber den HeimitarbeiterInnen und andererseits die Bereitstellung der organisatorischen, finanziellen und zeitlichen Bedingungen seitens des Heimes, das die GruppenmitarbeiterInnen die Klinik regelmäßig besuchen können. Analog der Einbeziehung von Eltern soll die Klinik die Information und Beteiligung der HeimitarbeiterInnen gewährleisten. Auch die hier formulierte Forderung kann in Hamburg als eingelöst gelten. Die besonderen räumlichen Voraussetzungen der Großstadt ermöglichen anders als in Flächenländern eine Zusammenarbeit unter minimalem organisatorischen und zeitlichen Aufwand. Wachsendes Selbstbewußtsein der SozialpädagogInnen und zunehmend realistische Einschätzung bezüglich der Wirkungsmöglichkeit der stationären Jugendpsychiatrie gestatten zudem zunehmend effektivere Verständigungsprozesse zwischen den Fachkräften beider Disziplinen, die immer weniger durch Statusdifferenzen gestört werden.

► *Rückkehroption für den Jugendlichen in die gleiche Heimgruppe*

Aus dem bisher geschilderten Selbstverständnis der Heimerziehung in Hamburg ergibt sich, daß man versucht, dem Minderjährigen nach dem Aufenthalt in der Klinik die Rückkehr in die ihm vertraute Gruppe zu ermöglichen. Eine Schwierigkeit, die sich hier jedoch in den Weg stellt, besteht für das Erziehungssachgebiet bzw. den Kostenträger darin, einen freien Platz in einer Wohngruppe über einen bestimmten Zeitraum (einen Monat) zu finanzieren. Hierdurch ergebe sich ein Belegungsdruck für die Einrichtungen, der wiederum dazu führe, daß der grundsätzlich zur Rückkehr des Jugendlichen zur Verfügung stehende Platz durch Neuaufnahmen belegt/blockiert würde.

► *Schaffung von individuellen Betreuungsmöglichkeiten für Jugendliche in besonders ausgeprägten, eskalierten Lebenskrisen*

Die Forderung, für Jugendliche im Grenzbereich der Disziplinen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie spezielle individuelle Betreuungsmöglichkeiten zu schaffen geht darauf zurück, daß nicht für jeden Jugendlichen und jede Problematik das angebotene

differenzierte Spektrum von Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten eine geeignete Form biete. Jugendhilfe soll die Flexibilität wahren, individuelle Betreuungsarrangements zugeschnitten auf die individuelle Problematik eines Jugendlichen ggf. eigens für diesen zu schaffen. In Hamburg haben sich infolge des Beschlusses, die geschlossene Unterbringung abzuschaffen, eine Reihe von Modellen und Projekten entwickelt, die diesem Anspruch versuchen gerecht zu werden (flexible Betreuung, ambulant betreutes Einzelwohnen usw.). Im Rahmen der Interviews ist deutlich geworden, daß diese Betreuungsformen tatsächlich geeignet sind, alternative Lebens- und Betreuungsarrangements für solche Jugendlichen zu schaffen, die nicht bereit oder in der Lage sind, das bestehende Heimplatzangebot anzunehmen und die häufiger im Rahmen von Krisensituationen jugendpsychiatrische Interventionen erforderlich machen. Gerade für Jugendliche und junge Erwachsene aus jugendpsychiatrischen Kliniken haben diese individuellen Wohn- und Betreuungsformen das Ziel, ihnen jederzeit die Option auf ein Leben außerhalb der Klinik aufrechtzuerhalten.

► *Beschränkung des stationären Aufenthaltes in der jugendpsychiatrischen Klinik auf den Zeitraum der akuten Krisenintervention/-behandlung*

Die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte - so die Forderung - grundsätzlich nur als Krisenintervention oder aktuelle Krankenbehandlung hinzugezogen werden, um kurzfristig eine Entlastung für alle Beteiligten herzustellen. Ungeachtet der Kritik an den Hamburger Kliniken, daß hier »Überpsychiatrisierungen« stattfinden, kann doch festgestellt werden, daß jene Kinder und Jugendlichen, die aus Heimen in Kliniken untergebracht werden, in der Regel nach kürzerer Zeit in das Heim zurückkehren. Dies ist u.a. eine Folge des oben beschriebenen Verbleibs der Zuständigkeit bei den Jugendhilfekreften und der sich im Laufe der Zeit professionellisierten Zusammenarbeit zwischen den VertreterInnen beider Disziplinen.

Anders stellt sich die Situation allerdings dar, wenn Kinder und Jugendliche aus ihren Familien in die Klinik gekommen sind und sich dort herausstellt, daß eine Rückkehr in die eigene Familie nicht möglich ist. Insbesondere für das Wilhelmstift gilt, daß Kinder und Jugendliche vor einer Anschlußunterbringung in einem Heim z.T. über ein halbes Jahr dort behandelt worden sind. HeimmitarbeiterInnen drückten mehrfach ihr Unverständnis darüber aus, daß sich die Klinikaufenthalte so lange hingezogen haben, bevor ein Übergang ins Heim vorbereitet und durchgeführt wurde. Gerade in der Frage der längerfristigen stationären jugendpsychiatrischen Behandlung in Kliniken über die akute Krisen- und Krankheitsbehandlung hinaus gibt es in Hamburg zwischen den Kliniken und der Jugendhilfe einen erhöhten Diskussions- und Klärungsbedarf.

► *Sicherung der Betreuungs- und Behandlungskontinuität nach dem Übergang von der Klinik ins Heim*

Auch nach dem Übergang von Kindern und Jugendlichen aus der Klinik ins Heim sollten die Kliniken die jugendpsychiatrischen Nachsorgeaufgaben gewährleisten, wenn ein Bedarf von seiten der HeimmitarbeiterInnen formuliert wird oder wenn die Klinik es für notwendig hält. Die Erfahrungen der InterviewpartnerInnen bezüglich dieser Anforderung waren sehr unterschiedlich. Zum Teil habe man sich bei der Heimaufnahme des jungen Menschen direkt darüber verständigen können, daß kein weiterer jugendpsychiatrischer Interventions- oder Beratungsbedarf bestehe; z.T. habe es einen fortgesetzt intensiven Kontakt mit Klinikfachkräften auch nach der Heimaufnahme gegeben. Es wurde aber auch von Einzelfällen berichtet, in denen die Heimmitarbeiter-

terInnen den weiteren Einbezug der Klinikfachkräfte eingefordert hätten, dieser Einbezug aber aufgrund einer reservierten Haltung der Klinikfachkräfte nicht zustande gekommen sei.

Für zukünftige Überweisungsprozesse bietet es sich an, Art, Intensität und Inhalt der fortgesetzten jugendpsychiatrischen Beteiligung rechtzeitig und verbindlich zu klären.

► *Federführung des Jugendamtes im Überweisungsprozeß*

Wenn über einen Wechsel von Jugendlichen zwischen Heim und Klinik oder zwischen Klinik und Heim zu entscheiden ist, hat der Klärungs- und Entscheidungsprozeß unter der Beteiligung der Betroffenen, der familiären Bezugsperson, des Heimes, der Klinik und des Jugendamtes zu erfolgen. Gefordert ist, daß die Federführung bei solchen Überweisungsprozessen beim Jugendamt liegen soll. Angesichts des Wunsches der beiden Kliniken, bei Übergängen aus ihren Einrichtungen in ein Heim selbst die Federführung (Ansprache und Auswahl des Heimes) zu übernehmen, besteht hier ein deutlicher Klärungsbedarf, insbesondere was die zentrale Rolle des Jugendamtes bei der Gewährung von Erziehungshilfen betrifft. Unstimmigkeiten und Unzufriedenheiten über das Verfahren der Heimunterbringung sollten nicht dadurch aufgelöst werden, die Heimunterbringung an die Klinikfachkräfte zu delegieren, sondern darin, das Jugendamt frühzeitig und umfassend in die zukünftige Lebensfeldplanung von Kindern und Jugendlichen in der Klinik einzubeziehen (vgl. hierzu auch die Bestimmungen der §§ 36, 37 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes - Mitwirkung, Hilfeplan, Zusammenarbeit).

## 8 EMPFEHLUNGEN UND PERSPEKTIVEN

Aus der bisherigen Anlage dieses Berichtes ist ersichtlich, daß es in diesem abschließenden Kapitel nicht darum gehen kann, gänzlich neue Empfehlungen und Perspektiven für eine verbesserte Praxis zu entwerfen. Alle Ideen, Vorstellungen und Empfehlungen, die hier nur noch mal in einigen zentralen Aussagen resümiert werden sollen, entstammen den Gesprächen und der Diskussion mit den Fachkräften beider Disziplinen vor Ort. Die zum Teil sehr detaillierten Empfehlungen und Entwicklungsvorstellungen der VertreterInnen aus Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sind schon referiert worden (vgl. S. 57ff, S. 66ff). Die z.T. divergierenden Ziel- und Entwicklungsvorstellungen der VertreterInnen aus Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie machen einen erhöhten Diskussionsbedarf zwischen den Fachkräften beider Disziplinen deutlich. Der hier vorgelegte Bericht möchte hierzu anregen.

Zum Abschluß dieses Berichtes sollen nicht noch mal die oben dargelegten vielfältigen Anregungen und Empfehlungen in ihrer Gänze referiert werden, sondern es soll der Versuch unternommen werden, einige zentrale Punkte noch mal explizit hervorzuheben, auf die sich m.E. die zukünftige Diskussion besonders konzentrieren sollte.

Ungeachtet ihres unterschiedlichen Auftrages richten sich Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie prinzipiell an den gleichen AdressatInnenkreis: Kinder und Jugendliche in Krisensituationen. Hieraus ergibt sich die unabweisliche Verpflichtung der engen Zusammenarbeit in dem gemeinsamen Ziel, jungen Menschen bei der Bewältigung ihrer Lebenskrisen zu helfen. Es wurde bereits dargestellt, daß sich die Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften beider Disziplinen auf einem relativ hohen Niveau gegenseitiger Akzeptanz vollzieht. Ein zentrales Problem besteht nun darin, daß dieses hohe Kooperationsniveau insbesondere für junge Erwachsene nicht mehr greift, da es vorkommt, daß ältere Jugendliche und junge Erwachsene aus Heimen nicht mehr im Rahmen von Jugendpsychiatrie, sondern im Rahmen von Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden (AK Ochsenzoll). Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie gehen jedoch von ganz anderen Handlungsrationalitäten aus und verfügen nur über geringe Erfahrungen und weniger Ansatzpunkte für eine Kooperation mit der Jugendhilfe (Heimerziehung). Wenn von Kooperations- und Abstimmungsproblemen zwischen dem Heim und der Psychiatrie die Rede war, betraf dieses besonders häufig die Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie bezüglich älterer Jugendlicher bzw. junger Erwachsener.

Durch die Neuregelung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) werden zukünftig vermehrt junge Erwachsene bis zum 21. Lebensjahr (z.T. darüber hinaus) im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen betreut werden. Aus dem Kreis der Jugendhilfe wurde angeregt, daß sich die jugendpsychiatrischen Kliniken nicht aus ihrer Zuständigkeit für junge Erwachsene zurückziehen dürften, solange diese aufgrund ihrer persönlichen (Entwicklungs-)Krisen im Rahmen der Jugendhilfe betreut werden. Damit die immer wieder geforderte Kontinuität von Behandlungs- oder Betreuungsaktivitäten insbesondere mit Blick auf die Jugendpsychiatrie nicht einfach mit erreichter Volljährigkeit abbricht, richten sich die Forderung und der Wunsch von Jugendhilfefachkräften darauf,

daß sich die jugendpsychiatrischen Kliniken generell institutionell für alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen für zuständig erklärt, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung auch weiterhin im Rahmen von Jugendhilfe betreut werden. Gerade angesichts der Neuregelung in § 41 KJHG (Hilfe für junge Volljährige) ließe sich durch eine analoge Zuständigkeitserklärung der Jugendpsychiatrie (jugendpsychiatrische Kliniken) für den hier angesprochenen Personenkreis das Hilfs- und Unterstützungsnetz wesentlich effektivieren.

Ein hiermit eng verbundenes Problem, welches zwar quantitativ nur eine nachgeordnete Dimension einnimmt, ist die Frage der kinder- und jugendpsychiatrischen Pflichtversorgung. Pro Jahr werden etwa zwischen 20 und 30 unter 20jährige in den Aufnahmestationen des AK Ochsenzoll aufgenommen. Die Zahl der unter 18jährigen beträgt jährlich maximal 10 Jugendliche. Betrachtet man jedoch allein die 27 psychiatriee erfahrenen Kinder und Jugendlichen, über die eine Aktenanalyse bezüglich ihrer Heimeinweisung vorgenommen wurde (vgl. Tabelle 12), sieht man, daß allein fünf von diesen (Kurz-)Aufenthalte in Erwachsenenpsychiatrien erlebt haben (vier junge Menschen im AKO, einer in der Erwachsenenpsychiatrie des UKE). Diese Situation wird vor allem von MitarbeiterInnen der Jugendhilfe (besonders des jugendpsychiatrischen Dienstes) für unbefriedigend gehalten. Die VertreterInnen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sind hier in ihrer gemeinsamen Verantwortung auch für die jungen Erwachsenen aufgefordert, an alternativen Lösungen zur derzeitigen Situation zu arbeiten. Gerade angesichts der brisanten Thematik der Zwangsunterbringung von selbst- und fremdgefährdenden jungen Menschen verbietet es sich, diese Aufgabe allein der jeweils anderen Disziplin zuzuschreiben. Gefordert ist hier vielmehr ein gemeinsames Handeln bzw. ein gemeinsames Angebot von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, welches z.B. auch in gemeinsam betriebenen Krisenstellen für junge Menschen (die z.B. nach § 31 HamPsychKG zwangseingewiesen werden) bestehen könnte. Nach Ansicht des jugendpsychiatrischen Dienstes wird die Notwendigkeit jugendpsychiatrischer Unterstützung für junge Menschen in Krisensituationen (z.B. im Falle von Drogenabhängigkeit) zukünftig zunehmen. Die Konzeptionierung solcher Krisenstellen sollte in Zusammenarbeit zwischen den Institutionen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie möglichst bald in Angriff genommen werden.

Ein erster Schritt in Richtung auf eine so wahrgenommene gemeinsame Verantwortung und gemeinsame Planung könnte der aus den Reihen der jugendpsychiatrischen Kliniken vorgeschlagene ständige paritätische Ausschuß mit MitarbeiterInnen aus Heimen, Kliniken und Behörde sein. Während man heute erst dann zusammenträte, wenn ein konkretes Problem eskaliere, könne ein solcher Ausschuß präventiv Organisations- und Kommunikationsformen entwickeln, die einer Lösung der dann auftretenden konkreten Probleme/Konflikte eher dienlich wäre, als die heute oft entstehenden gegenseitigen Schuldzuschreibungen im Fall universeller Hilflosigkeit.

Ein weiterer Schritt hinsichtlich der gemeinsamen Verantwortung von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie könnte in der Einrichtung einer interdisziplinären Besuchskommission für die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken bestehen. Eine zentrale Kritik seitens der Jugendhilfefachkräfte an den jugendpsychiatrischen Kliniken in Hamburg bestand darin, daß hier Kinder und Jugendliche z.T. über lange Zeit unter deutlich Krankenhaus-geprägten Lebensbedingungen leben. Nach Kriterien der Heimaufsicht - so die mehrfach geäußerte These - müßten die Kliniken geschlossen werden. Obwohl es auch in den jugendpsychiatrischen Stationen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in



Einzelfällen kommt, sind die Aufsichtskommissionen für psychiatrische Kliniken gemäß § 40 Hmb Psych KG nicht für die jugendpsychiatrischen Kliniken zuständig. Vor diesem doppelten Hintergrund sollte im Rahmen »freiwilliger Selbstkontrolle« der jugendpsychiatrischen Kliniken eine Besuchskommission gebildet werden, die paritätisch mit Personen aus den Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe zu besetzen wäre. Neben der Beratung der Kliniken (analog der Heimaufsicht) wäre es eine Aufgabe dieser Besuchskommission, mit den Kliniken das Spannungsverhältnis zu diskutieren, welches zwischen der Krankenbehandlung auf der einen Seite und der (z.T. eben längerfristigen) sozialpädagogischen Betreuung auf der anderen Seite besteht. Bezüglich der in Kapitel 7 geforderten Beschränkung des stationären Aufenthaltes in jugendpsychiatrischen Kliniken auf den Zeitraum einer akuten Krisenintervention ergibt sich ein deutlicher Diskussionsbedarf zwischen der Jugendhilfe und den jugendpsychiatrischen Kliniken, insbesondere dem Wilhelmstift. Gerade angesichts der dortigen oft längerfristigen Verweildauern (vgl. u.a. Tabelle 12), sollte von seiten der Klinik spätestens nach einer Aufenthaltsdauer von einem halben Jahr ein gemeinsames Planungsgespräch von Fachkräften der Klinik, des zuständigen Jugendamtes und der Betroffenen (Minderjährige, Eltern) initiiert werden, in dem die weiteren Planungen bezüglich des Minderjährigen besprochen werden. Sollte eine Fortführung der Behandlung auch im außerklinischen Rahmen möglich sein, ist das Jugendamt gefordert, geeignete Unterstützungsangebote für die Familie zu formulieren (falls das Kind oder der Jugendliche hierhin zurückkehrt) oder andernfalls geeignete Wohn- und Lebensmöglichkeiten außerhalb der eigenen Familie für den jungen Menschen bereitzustellen (falls eine Rückkehr in die Familie nicht möglich erscheint) (vgl. Gintzel/Schone 1989, S. 178).

Die Rolle der Kliniken würde sich bei einem so definierten Handlungsverständnis allerdings ändern. Statt langfristiger stationärer Therapie in der Klinik ergäben sich angesichts der unverändert weiter bestehenden Klientel vielfältige Aufgaben im Bereich ambulanter Therapien der Kinder und Jugendlichen in Wohngruppen und anderen Betreuungsformen. Der Vorteil wäre, daß die beiden verschiedenen Aufgaben »Gewährleistung eines Lebensortes (Alltag) außerhalb der Familie« und »jugendpsychiatrische Behandlung und Therapie« entzerrt würden und damit in ihrer jeweiligen Ausprägung an Bedeutung gewinnen würden. Statt der besonders vom Wilhelmstift geforderten Einführung heilpädagogischer Heime, könnte es selbst im Rahmen des entspezialisierten Heimkonzeptes in Hamburg seine therapeutischen Kompetenzen flexibel und an den jeweiligen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientiert dort einbringen, wo sie benötigt werden.

Selbst wenn im Einzelfall auf jugendpsychiatrische Klinikzusammenhänge nicht verzichtet werden kann oder soll, stellt sich die Frage, ob nicht die Institution der Tagesklinik oder analoge jugendpsychiatrische Tagesbetreuungsformen (Tagesstätten) bislang viel zu wenig genutzte Instrumente darstellen, die die große Lücke zwischen ambulanter Behandlung einerseits und vollstationärer Behandlung andererseits sinnvoll schließen könnten. Angesichts der guten Erfahrungen einzelner Einrichtungen mit Tageskliniken wäre z.B. zu prüfen, ob nicht Tageskliniken, die mit spezifisch jugendpsychiatrischer Kompetenz auszustatten wären, die Betreuungslücke zwischen ambulanten und stationären jugendpsychiatrischen Angeboten ausfüllen könnten. Auch hier sind bei der Konzeptionierung die bestehenden jugendpsychiatrischen Kliniken - bis hin zur Umwidmung bisheriger stationärer Betreuungskapazitäten - gefragt.

Gerade für ältere Jugendliche und junge Erwachsene ließen sich bei jugendpsychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit längerfristige Hospitalisierungen durch die Kombination Heim/Wohngruppe/eigene Wohnung einerseits und (jugend-)psychiatrische Tagesklinik andererseits erheblich reduzieren. Unter einer solchen Konstruktion ließe sich gerade mit jungen Menschen in besonders eskalierten Lebenskrisen kontinuierlich an der Gestaltung ihres Alltags arbeiten. Ziel sowohl der Jugendhilfe als auch der Jugendpsychiatrie muß es sein, auch psychisch kranken jungen Menschen die Option auf ein Leben außerhalb (jugend-)psychiatrischer Institutionen so lange wie möglich offen zu halten. Die Fallbeispiele in diesem Bericht sind hierfür ein beredtes Zeugnis.

Eine weitere zentrale Problematik ist mit der oben schon angesprochenen Tatsache verbunden, daß eine hohe Zahl der in Kliniken behandelten Kinder und Jugendlichen im Anschluß an die Klinikunterbringung in öffentliche Erziehung wechseln (»Übergangswohnheim«). Häufig geschehen diese Überweisungen von der Klinik ins Heim, nachdem die Klinik herausgearbeitet hat, daß keine psychiatrisch relevante Auffälligkeit vorliegt und vielmehr familiäre und soziale Verursachungsfaktoren für die Lebenskrise des Kindes oder Jugendlichen verantwortlich sind. Allen Überweisungen aus der Klinik ins Heim ist gemeinsam, daß das familiäre oder soziale Gefüge des Kindes oder Jugendlichen als nicht mehr tragfähig für dessen weitere Entwicklung angesehen wird und daß eine Veränderung dieses Gefüges nicht möglich erscheint. In solchen Fällen wird von seiten der Klinik (in der Regel in Absprache mit den Eltern) der Vorschlag einer Heimunterbringung gemacht. Dieser Entscheidungsweg, der im-merhin ca. ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen in Kliniken betrifft, wirft die Frage nach der angemessenen und rechtzeitigen Beteiligung der Jugendhilfe auf.

Zunächst stellt sich die Frage, ob nicht häufiger schon im Vorfeld der Klinikaufnahme ein gemeinsamer Klärungsprozeß, an dem sowohl Jugendhilfe- als auch Jugendpsychiatriefachkräfte beteiligt sind, zu dem Ergebnis führen könnte, daß ein längerfristiger Heimaufenthalt notwendig ist. Einigen Kindern oder Jugendlichen könnte man hierdurch den »Umweg« über die Klinik ersparen. Notwendige jugendpsychiatrische Hilfen könnten ggf. auch im Heim erfolgen.

Die zweite Frage in diesem Zusammenhang betrifft die Möglichkeiten der jugendpsychiatrischen Kliniken, tatsächlich ausreichend abklären zu können, ob das familiäre Milieu nicht mehr tragfähig bzw. wiederherstellbar ist. Auch hier ließen sich durch eine schon früh angelegte Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie familienunterstützende Maßnahmen initiieren (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe), die ggf. die Reintegrationschancen des Kindes/Jugendlichen in die Familie erheblich erhöhen könnten. Der derzeitige Zustand, daß von seiten der Klinik an die Ämter für soziale Dienste die Bitte gerichtet wird, daß ein bestimmtes Kind oder ein Jugendlicher unterzubringen ist, und daß dieses bereits mit den Eltern abgeklärt ist, läßt den SozialarbeiterInnen der sozialen Dienste kaum eigene Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume und muß aus Sicht der Jugendhilfe als sehr unbefriedigend bezeichnet werden, da er der geforderten Federführung des Jugendamtes im Überweisungsprozeß nicht entspricht.

Eine Auflösung dieses Dilemmas ließe sich m.E. nur erreichen, wenn sich die jugendpsychiatrischen Kliniken damit einverstanden erklären könnten, schon bei der Aufnahmeentscheidung von Kindern und Jugendlichen aus Familien in die Klinik Fachkräfte der Jugendhilfe zu beteiligen bzw. bei den Eltern die Bereitschaft zur Beteiligung von Jugendhilfefachkräften zu wecken. In enger Zusammenarbeit von Fachkräften aus Jugendhilfe und Klinik böte es sich darüber hinaus an, Eltern- und

Angehörigengruppen in den jugendpsychiatrischen Kliniken einzurichten. Über die Artikulation und Diskussion gemeinsamer Betroffenheiten der Eltern (Angehörigen) bezüglich der Tatsache, daß ihr Kind in einer jugendpsychiatrischen Klinik behandelt wird, hinaus, böten sich vielfältige Gelegenheiten, über spezifische Hilfsmöglichkeiten der Jugendhilfe (Familienhilfe, Heimerziehung, Pflegefamilie, Kindertagesbetreuung, schulische Erziehungshilfe u.a.m.) zu informieren, die Eltern aktiv in die Hilfeplanung (auch und gerade über den Klinikaufenthalt hinaus) einzubeziehen und ggf. anstehende Ablösungen der Kinder von den Familien im Kreis mehrerer betroffener Eltern zu bearbeiten.

Aber auch in den Fällen, wo keine Übergänge in öffentliche Erziehung erfolgen, sondern ggf. andere Jugendhilfeaktivitäten im Anschluß an den Klinikaufenthalt erforderlich sind, könnten solche Ansätze positive Voraussetzungen für die weitere Arbeit mit den jungen Menschen und ihren Familien schaffen.

Dies setzt allerdings voraus, daß sich die jugendpsychiatrischen Kliniken ihres eindeutigen Bezugs zur Jugendhilfe bewußt sind. Ein Einklinken der jugendpsychiatrischen Kliniken in die nach § 36 KJHG geforderte Hilfeplanung (Erziehungskonferenzen) erscheint - vorbehaltlich der Zustimmung der Eltern - sinnvoll und notwendig.

Auf zwei weitere Aspekte der Untersuchung, die einer weiteren Diskussion und Bearbeitung bedürfen, soll abschließend noch hingewiesen werden.

Zum einen deutet die häufige Thematisierung des Problems mangelnder Angebote an kleinen und kleinsten Wohngruppen *mit* Rund-um-die-Uhr-Betreuung sowohl von seiten der Jugendpsychiatrie als auch von seiten der Jugendhilfe darauf hin, daß hier konzeptionelle Überlegungen zur Weiterentwicklung dieser Angebote (AWG-Konzept, Kinderhäuser, durchgehend betreute Wohngruppen) angestellt werden sollten, was auch einer stärkeren Individualisierung von Unterbringungsentscheidungen Rechnung tragen könnte.

Zum anderen sollte die hohe Zahl von Adoptionskindern in jugendpsychiatrischen Kliniken im Rahmen unserer (nicht repräsentativen) Untersuchung Anlaß für die Adoptionsvermittlung sein, dieser Problemanzeige kritisch nachzuspüren und ggf., im Rahmen von Langzeitstudien zum Adoptionsverlauf, nachzugehen.

Bei allen hier vorgetragenen strukturellen und fachlichen Entwicklungsperspektiven und Handlungsnotwendigkeiten ist dem Schreiber bewußt, daß es immer wieder Kinder und Jugendliche gibt und geben wird, deren Lebenskrisen so ausgeprägt sind, daß sie das bestehende Hilfesystem und das fachliche Handlungsrepertoire der Fachkräfte sprengen bzw. von diesen risikoreiche Entscheidungen verlangt werden. Professionelles Handeln in eskalierten Krisen erfordert, daß die Fachkräfte verschiedener Professionen kooperativ an einer gemeinsamen Lösung mit den Betroffenen arbeiten, ohne daß es in zugespitzten Situationen zu gegenseitigen Inkompetenzvorwürfen kommt, die dann zu einem Überschwappen der Einzelkrise auf die helfenden Systeme führt.

Um eskalierte Lebenskrisen von jungen Menschen wirkungsvoll abfangen zu können und ihnen neue Perspektiven und Optionen zu ermöglichen, bedarf es eines Kooperationsmodells zwischen den vielfältigen Einrichtungen, Diensten und Disziplinen, welches parallel und horizontal und nicht hierarchisch oder vertikal angelegt ist.

Gleichzeitig bedarf es aber auch des Mutes jeder einzelnen Fachkraft, Entscheidungen zu treffen bzw. mitzutragen, die mit einem hohen Risiko verbunden sein können. Fachkräfte sind dann in der Lage, auch persönliche Risiken im Interesse von betroffenen Kindern und Jugendlichen zu tragen, wenn eine politische Absicherung bzw. wenn ein politisch ausgedrückter Wille als Rückhalt für die Entscheidung des Einzelnen

besteht. Die Hamburger Entscheidung zur Abschaffung der geschlossenen Unterbringung ist eine solche politische Rückendeckung für Fachkräfte, die einerseits Phantasie für kreative Lösungen und andererseits die Kraft und die Risikobereitschaft für deren Umsetzung freisetzt.

## LITERATUR

*Baake, D./Schulze, T. (Hg.):* Aus Geschichten lernen - Zur Einübung pädagogischen Verstehens, München 1979

*Bundeskongress für Erziehungsberatung e.V.:* Stellungnahme zu den Empfehlungen der Expertenkommission Psychiatrie zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Heft 3/1989

*Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit:* Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn 1988

*Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit:* Entwurf eines Gesetzes des Kinder- und Jugendhilferechts (Kinder- und Jugendhilfegesetz - KJHG), Bonn 1989

*Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit:* Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe - 8. Jugendbericht, Bonn 1990

*Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Landesverband NRW e.V.:* »Verschiebebahnhof Jugendhilfe?« Zwischen Heimen und Pflegefamilien - Lebensfeldwechsel bei Kindern und Jugendlichen, Wuppertal 1988

*Förster, E. (Hg.):* Kooperation bei der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, Göttingen 1981

*Freigang, W.:* Verlegen und Abschieben, Weinheim 1986

*Gintzel, U.:* Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Zwischen Konkurrenz und Kooperation. In: Institut für soziale Arbeit e.V. 1989

*Gintzel, U./Schone, R.:* Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, Frankfurt (IGfH) 1989

*Gintzel, U./Schone, R. (Hg.):* Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte - Methoden - Rechtsgrundlagen, Münster 1990

*Glatzel, R.:* Die Sache mit den »dissozialen Jugendlichen«. In: Sozialmagazin Heft 4, 1990, S.22-26

*Härtling, P.:* Das war der Hirbel, Weinheim 1973

*Hentig, H.v.:* Erkennen durch Handeln, Stuttgart 1982

*Institut für soziale Arbeit e.V.:* Erziehungshilfen im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischenbericht, Münster 1988

Institut für soziale Arbeit e.V.: Integration oder Ausgrenzung - Dokumentation einer Fachtagung, Münster 1990

Institut für soziale Arbeit e.V.: Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Zwischen Konkurrenz und Kooperation. Soziale Praxis, Heft 7, Münster 1989

*Kieper, M.:* Ein biographisches Interview als Zugang zum Lebenslauf eines Heimmädchens. In: Baake/Schulze 1979, S. 226-262

*Köttgen, Ch./Kretzer, D.:* Zur psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg - Bestandsaufnahme und Überlegungen zur Weiterentwicklung, Hamburg o.J.

Köttgen, Ch./Kretzer, D.: »Grenzfälle« - Psychiatrie-Heime. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) 1989, S.92 ff

*Köttgen, Ch./Kretzer, D.:* »Grenzfälle« zwischen Heimen und Psychiatrie am Beispiel Hamburgs. In: Köttgen/Kretzer/Richter 1990

*Köttgen, Ch./Kretzer, D./Richter, S. (Hg.):* Aus dem Rahmen fallen - Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie, Bonn 1990

*Kowerk, H.:* Veränderungen in der Häufigkeit des Freiheitentzugs bei stationärer psychiatrischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Heimerfahrung in Hamburg. In: Forum Gesundheitswissenschaften, Band 1/1991, S.36-46

Krausz, M.: Psychosekrank: Der Marsch durch die Institutionen. In: Köttgen/Kretzer/Richter 1990, S.63 ff.

*Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik:* Statistisches Jahrbuch. Beiträge zur Statistik des Landes NRW 1988, Düsseldorf 1988

*Landschaftsverband Westfalen-Lippe:* Psychiatrische Gesamtversorgung in Westfalen-Lippe. Konzeption des LWL für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, Münster 1985

*Landschaftsverband Westfalen-Lippe - Landesjugendamt:* Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, Münster 1988

Landschaftsverband Westfalen-Lippe - Landesjugendamt: Materialien zur Situation der Erziehungshilfe - Jahresbericht 1985, Münster 1987

Lasse, U.: Erziehungsberatung im Überschneidungsbereich von Jugendhilfe und Gesundheitswesen - unveröffentl. Thesenpapier, April 1990

*Machetanz, E.:* Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. In: Institut für soziale Arbeit 1989

*Peters, F. (Hg.):* Jenseits von Familie und Anstalt. Entwicklungsperspektiven in der Heimerziehung, Bielefeld 1988

Röbler, J.: Aufgabengebiet und Selbstverständnis der Jugendhilfe. In: Köttgen/  
Kretzer/Richter 1990

*Röbler, J./Tüllmann, M. (Hg.):* Zwischen Familienprinzip, Professionalität und Organisation - Diskussionsbeiträge aus dem Veränderungsprozeß einer großen Einrichtung, Frankfurt (IGfH) 1988

Rothschild, B.: Seelische Notsituationen, Weinheim 1980

*Sozialmagazin*, Heft 4/1990

Specht, F.: Fremdplatzierung und Selbstbestimmung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6/89, Göttingen

**Beschluß der Konferenz der  
Jugendminister und -senatoren der Länder  
am 20./21. Juni 1991 in Mainz**

**TOP 6: Jugendhilfe und Psychiatrie**

Bezug: Beschluß der Jugendministerkonferenz vom 18./19.5.1989  
Beschluß der AGOLJB vom 18./19.4.1991 in Berlin

**Beschluß<sup>1</sup>**

1. Die Jugendministerkonferenz ist der Auffassung, daß zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie sowohl in den Versorgungsstrukturen wie auch bei Hilfen in schwierigen Einzelfällen enge Wechselbezüge bestehen. Die Jugendministerkonferenz setzt sich dafür ein, daß diesen Wechselbezügen durch eine enge Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen sowohl bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als auch im Einzelfall Rechnung getragen wird.
2. Die Jugendministerkonferenz nimmt das von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe beider Ressorts entwickelte "Gemeinsame Positionspapier" (siehe Anlage) zustimmend zur Kenntnis, sie ist der Auffassung, daß es eine geeignete Grundlage für die Weiterentwicklung der Fachpolitik im Grenzbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie darstellt.
3. Die Jugendministerkonferenz beauftragt die AGOLJB<sup>2</sup>, die Umsetzung der vorgenannten Grundsätze und der im gemeinsamen Positionspapier dargelegten Handlungslinien sowie die weitere Entwicklung in diesem Aufgabenfeld gemeinsam mit der AGLMB<sup>3</sup> zu verfolgen und dabei die Entwicklung in den neuen Ländern besonders einzubeziehen.

Der Bundesminister für Gesundheit und der Bundesminister für Frauen und Jugend werden gebeten, diese Entwicklung - insbesondere im Bereich interdisziplinär angelegter Forschung - zu unterstützen.

Einstimmig angenommen.

---

<sup>1</sup> Einen entsprechenden Beschluß hat die Gesundheitsministerkonferenz am 22./23. November 1990 gefaßt

<sup>2</sup> Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden der Länder

<sup>3</sup> Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder



# Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Gemeinsames Positionspapier der Jugendministerkonferenz und Gesundheitsministerkonferenz

### 1. Das Verhältnis zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Zwischen den Bereichen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie\* gibt es vielschichtige, historisch gewachsene und aktuell diskutierte Berührungspunkte und Überschneidungen. Anliegen der verschiedenen Ansätze sollte es sein, im Interesse einer bestmöglichen Hilfe für die betroffenen Kinder und Jugendlichen, eines qualifizierten Umgangs mit den jeweiligen Problemen und im Bewußtsein der Leistungsfähigkeit der jeweiligen Angebote und ihrer Auswirkungen sich über geeignete Kooperationsformen und sinnvolle Abgrenzungen zu verständigen.

- 1.1 Nach ihrem gesetzlichen Auftrag soll die Jugendhilfe zur Verwirklichung der Rechte von jungen Menschen auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit beitragen (§ 1 Abs. 1 und 3 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes - KJHG). Diesem Ziel dient ein breitgefächertes System von beratenden und unterstützenden Leistungen für unterschiedlichste Lebenslagen. Jugendhilfe ist gekennzeichnet durch die Vielfalt von Trägern unterschiedlicher Wertorientierungen und die Vielfalt von Inhalten, Methoden und Arbeitsformen.

Die Zuständigkeit und Verantwortung von Jugendhilfe nach § 1 KJHG besteht auch dann, wenn Minderjährige in einer spezifischen Krisen- oder Krankheitssituation andere spezielle Hilfen brauchen; Jugendhilfe hat den Auftrag, einen ganzheitlichen Hilfeansatz zu garantieren. Diesem Gedanken entspricht auch die gesetzliche Regelung in § 10 und § 27 Abs. 4 des KJHG, nach der Hilfen zur Erziehung auch die Maßnahmen der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte gemäß § 40 BSHG umfaßt. Längerfristig sollte dies auch für die geistig und körperlich Behinderten gelten.

Dem Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte - auch verschiedener Fachrichtungen - und der Einbeziehung des engeren sozialen Umfeldes kommt in dem vielfältigen Leistungsangebot der Jugendhilfe eine besondere Bedeutung zu.

- 1.2 Die Aufgabe der Jugendpsychiatrie besteht in der Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von seelischen Krankheiten und Störungen mit Krankheitswert während akuter Krankheitsphasen und Krisen, die die Entwicklungsprozesse eines Kindes oder Jugendlichen gefährden.

Die Tätigkeit der Jugendpsychiatrie geschieht im ambulanten Bereich durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, durch die Mitwirkung in jugendpsychiatrischen Diensten, in Erziehungsberatungsstellen, in Polikliniken und Institutsambulanzen.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken und Abteilungen stellen die vollstationäre und teilstationäre Versorgung sicher. Die Vielfalt an Erscheinungs- und Verlaufsformen dieser Störungen bis hin zu Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfordern die Klärung und Würdigung körperlicher, entwicklungspsychologischer und sozialer Entstehungs- und Ausprägungszusammenhänge.

\* Zur Vereinfachung wird im folgenden Text stets der Begriff "Jugendpsychiatrie" verwendet.

Dies gilt nicht nur für die Diagnostik und Behandlung manifester jugendpsychiatrischer Erkrankungen, sondern auch für die Abklärung des Krankheitswertes sozialer und emotionaler Verhaltensauffälligkeiten. Auch Erziehungsberatungsstellen diagnostizieren, beraten und erbringen im Rahmen ihres unterstützenden Auftrages pädagogisch-therapeutische Leistung. Hier gibt es keine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen den ambulanten Beratungsdiensten. Die Auswahl, Gestaltung und Koordination der differenzierten Hilfen sollten eine größtmögliche Nähe zum bestehenden Lebensbereich des Kindes garantieren und ganzheitlich angelegt sein.

Die vollstationäre Krankenhausbehandlung hat grundsätzlich nur nach Ausschöpfung aller anderen Behandlungsmaßnahmen zu geschehen und so kurz wie möglich zu erfolgen. Hier ist nach Lage des Einzelfalles intensive Kooperation, insbesondere bei langfristig erforderlicher medizinisch-rehabilitativer Hilfe für schwer erkrankte Kinder und Jugendliche geboten.

Um eine kontinuierliche Begleitung und Behandlung erkrankter Kinder und Jugendlicher auch ambulant zu gewährleisten, sollten Kinder- und Jugendpsychiater mit den Einrichtungen der Jugendhilfe und anderen Diensten kooperieren oder in sie integriert sein. Die Inanspruchnahme der fachlichen Kompetenz der Jugendpsychiatrie kann für die Jugendhilfe eine entlastende Funktion haben. Wie jugendpsychiatrisches Handeln nicht ohne Einbeziehung psychosozialer Behandlungskonzepte denkbar ist, so ist die Jugendhilfe bei der Abklärung seelischer Krankheiten auf die fachliche Zusammenarbeit mit der Jugendpsychiatrie angewiesen.

- 1.3 Im Interesse der Kinder und Jugendlichen ist es von daher geboten, Kooperation und Zuweisung zu den verschiedenen Institutionen der Jugendhilfe und der Jugendpsychiatrie sensibel zu gestalten und zu entwickeln. Dies ist nur durch regelmäßigen fachlichen, wechselseitig sich respektierenden Austausch möglich. Die beteiligten Fachdisziplinen sollten auf einen möglichst frühzeitigen, klar strukturierten und entscheidungsrelevanten Informationsaustausch achten.

Um im Einzelfall adäquat über die notwendige Maßnahme oder Behandlung entscheiden zu können, erscheint ein gegenseitiges Verständnis und Wissen um Grundlinien der unterschiedlichen Beurteilungskriterien und Entscheidungsprinzipien unverzichtbar. Bei der Diagnosestellung sollte berücksichtigt werden, daß gerade im Kinder- und Jugendlichen-Bereich prozeßhafte Entwicklungen vorliegen und die Gefahr besteht, durch dauerhafte Festlegungen Chancen für Veränderungen zu verstellen.

Die vielschichtigen Ursachenzusammenhänge, die zu seelischen und psychosozialen Krisen und Krankheiten führen können, dürfen nicht auf ein einseitiges Interpretationsmodell eingengt werden, vielmehr müssen Hilfsangebote jeweils auf die vielfältigen sozialen, familiären und ökonomischen Ursachen eingehen. Die Angebote müssen so strukturiert und die praktische Kooperation so angelegt sein, daß ein Abschieben und Verweisen von Kindern und Jugendlichen in die unterschiedlichsten Einrichtungen, was durch sog. "differenzierte, spezialisierte Versorgungsketten" zu befürchten ist, vermieden wird.

- 1.4 Im Überschneidungsbereich der Tätigkeitsfelder Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie ist eine präzise, fachlich beidseitig akzeptierte und zugleich praktikable Abgrenzung des Klientels nicht möglich. Die Problemlagen in krisenhaft zugespitzten Situationen werden sowohl im Bereich "Erziehungsbedürftigkeit" angesiedelt wie auch als "krankhaft" bezeichnet. Bei einer Anhäufung "besonders schwieriger" Kinder und Jugendlicher sind Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste häufig überfordert. Verlegungen erfolgen in jeweils andere Institutionen, auch wegen der vermuteten "besseren Problembewältigungskompetenz". Das so verursachte Zerstören elementarer Beziehungsnetze verstärkt jedoch häufig die Problematik. Dies gilt insbesondere für jene Jugendlichen, die ohnehin aus belasteten, unvollständigen Familien stammen, wie sie sehr oft in der Jugendpsychiatrie und in (stationären) Einrichtungen der Jugendhilfe anzutreffen sind.

- 1.5 Um unklare Zuständigkeiten verschiedener Ressorts und Träger zu überwinden, sollten vorrangig inhaltliche und strukturelle Elemente entwickelt werden, die die Kooperation und Verzahnung bereits vorhandener Dienste und Einrichtungen verbessern helfen.

Die Empfehlungen der Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich (Teil D "Kinder- und Jugendpsychiatrie") enthalten wenig konkrete Vorschläge in Richtung einer dringend erforderlichen, wechselseitigen Kooperation mit den angrenzenden Hilfesystemen, da dieser Bericht zu sehr auf den Aus- und Aufbau medizinisch-psychiatrischer Spezialdienste und einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungskette ausgerichtet ist.

## 2. Grundzüge für die Weiterentwicklung im Überschneidungsbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

Die Angebote und Einrichtungen der Jugendhilfe und -psychiatrie haben sich in der Bundesrepublik Deutschland regional außerordentlich unterschiedlich entwickelt. Sie verfolgen weder in der Jugendpsychiatrie noch in der Jugendhilfe (einschl. öffentlicher Erziehung) einheitliche Betreuungs-, Versorgungs- und Theoriekonzepte. Unterschiede existieren auch in personeller, baulicher und sonstiger ressourcenmäßiger Ausstattung. Die Größe traditioneller, stationärer Einrichtungen variiert erheblich. Differenzen gibt es auch in der Bewertung der geschlossenen Unterbringung in beiden Bereichen. Der Ausbau regionalisierter Versorgungseinrichtungen ist insgesamt sehr unterschiedlich.

- 2.1 Im Sinne der interdisziplinären Arbeit sollte im Bereich der Jugendhilfe jugendpsychiatrische Kompetenz besonders in Anspruch genommen werden bei

- der Mitwirkung an Krisengesprächen mit Fachkräften von Einrichtungen der Jugendhilfe;
- der differentialdiagnostischen Abklärung und Behandlung von seelischen und körperlichen Erkrankungen.

- 2.2 Zur Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation sollte der Auf- und Ausbau ambulanter Hilfen sowie die Kooperation der vorhandenen Einrichtungen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie vorangetrieben werden. von beiden Versorgungsbereichen getragene ambulante Dienste sollten ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum entwickeln. Wichtige Elemente eines solchen Arbeitsansatzes, der sowohl die Aufgaben der Erziehungsberatung als auch jugendpsychiatrische Tätigkeiten integriert, wurden im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie erprobt. Kennzeichen der Strukturen und Arbeitsweisen derartig integrierter Dienste sollten sein:

- multiprofessionelle Teams
- Kooperation oder Integration von Ärzten mit den/in die Teams
- regionale Zuständigkeit
- enge Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Regelversorgung und Sozialen Dienste
- Aufhebung der Trennung von "Komm- und Gehstrukturen"
- Einrichtung niederschweilliger Angebote.

- 2.3 Stationäre Versorgungsangebote der Jugendpsychiatrie sind vorrangig zur Durchführung akuter und mittelfristiger Behandlung ausgestattet. Leistungsfähige Angebote im Jugendhilfebereich verbunden mit qualifizierter Unterstützung durch den ambulanten Sektor sollen längerfristige klinische Aufenthalte weitgehend vermeiden helfen. Eine geschlossene Unterbringung ist nur in Ausnahmefällen, nach Maßgabe der jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen, gerechtfertigt.

Vorhandene klinische Großinstitutionen sollten zugunsten kleinerer, an der Region orientierter Einrichtungen ab- bzw. umgebaut werden. Dem Ausbau tagesklinischer Plätze sollte hierbei Priorität zukommen.

Jugendpsychiatrische stationäre Angebote sollten unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse möglichst gemeindenah strukturiert sein.

Die Kooperationsbezüge sind während der stationären Aufenthalte von seiten der Kliniken wie der betreuenden Jugendhilfeeinrichtung zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Anbahnung erzieherischer Hilfen im Anschluß an stationär-klinische Aufenthalte.

### **3. Entwicklungsnotwendigkeiten in den Bereichen Fort- und Weiterbildung**

Die verschiedenen beteiligten Berufsgruppen sollen dazu befähigt werden, mit den vielfältigen, komplexen psychosozialen und emotionalen Schwierigkeiten umzugehen. Mitarbeiter der verschiedenen Professionen benötigen ein übergreifendes Fachwissen, um über eine fachgerecht indizierte Inanspruchnahme der Dienste entscheiden zu können. Gemeinsame Fort- und Weiterbildung kann u. a. bestehen aus:

- fachübergreifenden Curricula (mit institutioneller Anbindung an Fach-/oder Hochschulen, Tagungen, Seminaren, berufs begleitender Weiterbildungsangeboten (Fachberatung multi-professioneller Teams in den Institutionen);
- Hospitationsmöglichkeiten in den jeweiligen Institutionen;
- Unterstützung und Förderung der eigenen Kompetenz und der eingesetzten Fachkräfte durch Austausch, Beratung und Supervision.

### **4. Entwicklung integrativer und kooperativer Arbeitsformen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie**

Die Organisation von Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche ist auf verschiedenen Handlungsebenen in starkem Maße immer wieder von Zersplitterung, Zuständigkeitsproblemen und auch kontraproduktiver Konkurrenz geprägt. Zwischen den bereits beschriebenen, unterschiedlich ausdifferenzierten, spezialisierten und meistens an Institutionen orientierten Versorgungssystemen bzw. -ketten in beiden Bereichen (Jugendhilfe/Jugendpsychiatrie) fehlt es nach wie vor an einer häufig auch organisatorischen Sicherung und Intensivierung der vielfach im Ansatz - besonders an der Basis - bereits vorhandenen guten Kooperation. Wegen der Schwierigkeiten einer Abgrenzung bleibt auch eine immer wieder entstehende Konkurrenz mit dem dabei entwickelten Verdrängungswettbewerb nicht aus. Wo bereits an einzelnen Orten engere organisatorisch-fachliche Verbindungen entwickelt worden sind, sollten diese intensiviert und die gewonnenen Erfahrungen anderen zugänglich gemacht werden. Insoweit kommt den in Ziff. 2.2 geforderten ambulanten Diensten, die von beiden Versorgungsbereichen getragen sind, besondere Bedeutung zu.

Koordinations- und Kooperationsbedarf besteht im übrigen zwischen dem Gesundheitswesen und der Jugendhilfe u. a. auf der Ebene von Bund, Ländern, Kreisen, Städten und Gemeinden.

Auf kommunaler und regionaler Ebene sollten neben den Jugendhilfeausschüssen und den von der Expertenkommission empfohlenen Psychiatrie-Beiräten

- psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
- Arbeitskreise/Stadtteilkonferenzen
- Fall- oder Erziehungskonferenzen

eingerrichtet, gefördert und unterstützt werden. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise zum Thema "Kinder und Jugendliche" sollten zu Fragen kommunaler Jugendhilfe, Sozial- und Gesundheitsplanung angehört werden. Mitglieder der vorgenannten Gremien sollten Mitarbeiter aus den psychosozialen Tätigkeitsfeldern für Kinder und Jugendliche sein. Auf der Ebene der Praxis und institutionellen Arbeit sind Gruppensupervision, Fallbespre-

chungen, Teamgespräche fach- und institutionsübergreifend nötig.

## 5. Finanzierungsprobleme

Nicht zuletzt die starren Finanzierungsstrukturen mit z. T. unklaren Zuständigkeiten der einzelnen Kostenträgerschaften erschweren die Entwicklung integrativer und kooperativer Arbeitsformen in vielen der genannten Bereiche, so auch speziell im Überschneidungsbereich von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Das gegenwärtige Finanzierungssystem behindert einen ganzheitlichen Hilfeansatz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Insoweit stellt die Einbeziehung von seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen in das Kinder- und Jugendhilfegesetz einen wichtigen Schritt dar. Die Einrichtung eines Finanzierungspools unter Beteiligung der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der Jugend- und Sozialhilfeträger, der aufgrund der gesetzlichen Festlegungen zur Zeit nicht möglich ist, könnte eine von einzelnen Kostenträgerschaften unabhängige Sachentscheidung im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen erleichtern und eine bessere Voraussetzung für fachübergreifendes Denken und Handeln bieten.

## 6. Forschungsbedarf

Eine interdisziplinär angelegte Aufarbeitung des derzeitigen Wissensstandes mit unterschiedlichen theoretischen Erklärungsansätzen und Begründungen für die Entstehung devianter Verhaltensmuster und psychischer Erkrankungen, fehlt weitgehend. Forschungsbedarf besteht im wesentlichen in folgenden Bereichen:

- Grundlagenforschung
- Verbundforschung, die auch die komplexen Betreuungsformen untersucht (sowohl in der Jugendpsychiatrie als auch der Jugendhilfe)
- Langzeituntersuchungen betroffener Kinder und Jugendlicher aus beiden Hilfesystemen
- Effizienz-Untersuchungen der verschiedenen Methoden-Ansätze (Vergleichs-Analysen organisatorischer Effizienz von Verwaltung und Institution)
- Prozeßforschung (Analyse von Entscheidungs- und Behandlungsprozessen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie).

## 7. Prävention und Öffentlichkeitsarbeit

Prävention seelischer Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter ist eine gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Dabei geht es um die Vorbeugung von Entwicklungsstörungen und psychischen Erkrankungen. Durch Früherkennung und Verbesserung der Informationen können gefährdete Entwicklungen rechtzeitig erkannt und Beratung und Behandlung adäquater in Anspruch genommen werden. Durch rechtzeitige Hilfe kann die Verfestigung individueller Fehlentwicklungen verhindert werden. Dafür nützlich sind Informationen und Fortbildung von Schlüsselpersonen wie Eltern, Erzieher und Lehrer.

Öffentlichkeitsarbeit soll sich darauf beziehen, daß nicht einzelne Entscheidungen (Diagnosen, Berichte, Unterbringung) im Bereich der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie stigmatisierend wirken. Durch Öffentlichkeitsarbeit sollte zudem die Akzeptanz für eine gemeinenahe Betreuung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden.

Neben der Vermittlung von Aufklärung und Information sollte der Schwerpunkt präventiver Anstrengungen auf Hilfen für Eltern, Kinder und Jugendliche gerichtet sein, damit diese angemessen und selbstverantwortlich persönliche und soziale Anforderungen, Konflikte und Problemsituationen bewältigen können. Das bedeutet insbesondere positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche/gesundheitsfördernde Umwelt zu erhalten oder zu schaffen (siehe hierzu auch § 1 Abs. 3

Ziff. 3 KJHG). Präventive Aktivitäten in diesem Sinne sollen darauf gerichtet sein, auf Entscheidungen im Bereich der Stadtentwicklung, der Arbeitsmarktpolitik, der Wohnungspolitik und der sozialen Sicherung im Interesse von Kindern und ihren Eltern Einfluß zu nehmen sowie bei der bedarfsgerechten Einrichtung von Spielplätzen, Kindergärten und Kindertagesheimen im Wohnumfeld mitzuwirken.

**Herausgeber:**

Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung  
- Amt für Jugend -  
Postfach 76 06 08  
2000 Hamburg 76

**Kontakt:**

O. Kleßmann (J-P/Ö)  
Tel. 2 91 88 - 25 03  
BN 9 63 - 25 03

Hamburg, September 1991